

The Polish Society of Family Medicine
The Association of Friends of Family Medicine & Family Doctors

PL ISSN 1734-3402

Family Medicine & Primary Care Review

Quarterly

2014

July–September

Vol. 16, No. 3

WYDAWNICTWO
Continuo

Elsevier Bibliographic Databases:
EMBASE, EMNursing, Compendex,
GEOBASE, Mosby Yearbooks, Scopus;
Polish Medical Bibliography;
Index Copernicus Value 6.17 pts
MNIŚZW 5 pts

Komitet Naukowy

Przewodniczący:

Prof. dr hab. Kazimierz A. Wardyn (Warszawa)

Członkowie:

Prof. dr med. Dieter Adam (Monachium, Niemcy),
Prof. dr med. Jiří Beneš (Praga, Czechy),
Dr n. med. Luc van Berkestijn (Utrecht, Holandia),
Dr hab. Jerzy Błaszczyk (Wrocław),
Dr n. med. Stephan Böse-O'Reilly (Monachium, Niemcy),
Dr Nilzete Liberato Bresolin (Florianopolis, Brazylia),
Dr Walbia Salette Bittencourt Correa (Florianopolis, Brazylia),
Prof. dr hab. med. Olga Fedorciv (Ternopil, Ukraina),
Prof. dr med. George Freeman (Londyn, Wielka Brytania),
Prof. dr med. Suleyman Görpelioglu (Izmit, Turcja),
Prof. dr med. Hans-Joachim Hannich (Greifswald, Niemcy),
Dr hab. Wolfgang Hännöver (Greifswald, Niemcy),
Prof. dr hab. Antonina Harłodzińska-Szmyrka (Wrocław),
Prof. dr med. Steinar Hunskaar (Bergen, Norwegia),
Prof. dr hab. Andrzej Kiejna (Wrocław),
Prof. dr hab. med. Ludmila Klimackaya (Krasnojarsk, Rosja),
Prof. dr hab. Jerzy Kołodziej (Wrocław),
Prof. dr hab. Tadeusz Koziół (Szczecin),
Prof. dr hab. Piotr Kuna (Łódź),
Dr n. med. Krzysztof Kuszewski (Warszawa),
Prof. dr hab. med. Andrzej Kübler (Wrocław),
Prof. dr med. Radosław Kveder (Ljubljana, Słowenia),
Prof. dr hab. Witold Łukas (Katowice),
Prof. dr hab. Andrzej Mackiewicz (Poznań),
Dr n. med. Christopher Magier (Newport, Wielka Brytania),
Prof. dr med. Bengt Mattsson (Göteborg, Szwecja),
Prof. dr hab. Zuzanna Morawska (Wrocław),
Prof. dr med. John Noble (Boston, USA),
Prof. dr med. Marc Nyssen (Bruksela, Belgia),
Dr n. med. Patricia Owens (Liverpool, Wielka Brytania),
Prof. dr hab. Leszek Paradowski (Wrocław),
Sir Prof. Denis Pereira-Gray (Londyn, Wielka Brytania),
Prof. dr hab. Tadeusz Płusa (Warszawa),
Prof. dr hab. Andrzej Radzikowski (Warszawa),
Prof. dr hab. Andrzej Rajewski (Poznań),
Dr n. med. Lindsay Roberts (Balgowlah Heights, Australia),
Prof. dr hab. Zbigniew Rutkowski (Wrocław),
Prof. dr hab. Bolesław Rutkowski (Gdańsk),
Dr n. med. Hogne Sandvik (Bergen, Norwegia),
Prof. dr hab. Janusz Siebert (Gdańsk),
Dr n. med. Agnes Sielbert (Chicago, USA),
Prof. dr hab. Wojciech Służewski (Poznań),
Dr n. med. Jaime Correia de Sousa (Matosinhos, Portugalia),
Dr n. med. Loreta Strumylaite (Kaunas, Litwa),
Dr n. med. Andrzej Szpakow (Grodno, Białoruś),
Prof. dr hab. Piotr Szyber (Wrocław),
Prof. dr hab. Barbara Świętek (Wrocław),
Prof. dr med. Vytautas Usonis (Wilno, Litwa),
Prof. dr med. Irma Virjo (Tampere, Finlandia),
Prof. dr hab. Zygmunt Zdrojewicz (Wrocław),
Dr n. med. Muharem Zildzic (Tuzla, Bośnia Hercegowina),
Prof. dr hab. Irena Zimmermann-Górska (Poznań),
Prof. dr hab. Katarzyna Życińska (Warszawa)

Komitet Redakcyjny

Redaktor Naczelna: prof. dr hab. med. Katarzyna Życińska
Zastępcy Redaktor Naczelnej: dr hab. n. med. Aneta Nitsch-Osuch,
dr hab. n. med. Donata Kurpas, dr n. med. Andrzej Staniszewski
Sekretarz Naukowy Redakcji: dr n. med. Bartosz J. Sapiłak
Sekretarz Administracyjny Redakcji: mgr Małgorzata Brandt
Członkowie Redakcji: dr hab. n. med. Jarosław Drobnik,
dr n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas, dr n. med. Agnieszka
Topczewska-Cabanek, dr n. med. Renata Krupa

Redaktorzy językowi

Joseph Church, Board of Supervisors,
Roanoke County, VA, USA, joebutchchurch@gmail.com
Jan Kuźma, Wydawnictwo Continuo, wydawnictwo@continuo.pl

Redaktor statystyczny

Dr Dominik Marciniak, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
marciniak.am.wroc@o2.pl

Redaktorzy tematyczni

Choroby wewnętrzne: dr n. med. Renata Krupa, Warszawski
Uniwersytet Medyczny, renata.krupa@wum.edu.pl

Diabetologia, endokrynologia: dr n. med. Tomasz Rusinowicz,
Warszawski Uniwersytet Medyczny, tomrusin@gmail.com

Diagnostyka: dr n. med. Bartosz J. Sapiłak, Uniwersytet Medyczny
we Wrocławiu, bartosz.sapilak@umed.wroc.pl

Epidemiologia, wakcynologia: dr hab. n. med. Aneta Nitsch-Osuch,
Warszawski Uniwersytet Medyczny, anitsch@amwaw.edu.pl

Jakość życia, jakość usług, psychoterapia:
dr hab. n. med. Donata Kurpas, Uniwersytet Medyczny
we Wrocławiu, dkurpas@hotmail.com

Medycyna rodzinna: dr n. med. Agnieszka Mastalerz-Migas,
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, agnieszka.migas@gmail.com

Medycyna rodzinna, choroby wewnętrzne:
prof. dr hab. med. Katarzyna Życińska, Warszawski Uniwersytet
Medyczny, kzcycinska@poczta.fm

Pediatria: dr n. med. Dagmara Pokorna-Kałwak, Uniwersytet
Medyczny we Wrocławiu, daga_kalwak@o2.pl

Pediatria, neonatologia: dr n. med. Agnieszka Topczewska-
Cabanek, Warszawski Uniwersytet Medyczny, atc2001@wp.pl

Telemedycyna, geriatria: dr n. med. Maria Magdalena Bujnowska-
Fedak, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu,
mbujnowska@poczta.onet.pl

Zdrowie publiczne: dr hab. n. med. Jarosław Drobnik, Uniwersytet
Medyczny we Wrocławiu, jardrob@wp.pl

Adres Redakcji

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. Syrokomli 1
51-141 Wrocław
tel. 71 325-51-26, tel./fax 71 325-43-41
e-mail: fmpcr@familymedreview.org
www.familymedreview.org

Osoba kontaktowa: dr n. med. Bartosz J. Sapiłak
e-mail: bartosz.sapilak@umed.wroc.pl

Adres nadsyłania prac

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej z Oddziałem Klinicznym
Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych
Warszawski Uniwersytet Medyczny
ul. Banacha 1a, blok F
02-097 Warszawa
Tel.: 22 599-21-90, fax: 22 599-21-78

Osoba kontaktowa: mgr Małgorzata Brandt,
e-mail: malgorzata.brandt@wum.edu.pl

Wydawca

WYDAWNICTWO
Continuo

Biuro i prenumerata:
ul. Lelewela 4, pok. 325
53-505 Wrocław
tel./fax 71 791-20-30, 601 77-47-33
e-mail: biuro@continuo.pl, zamowienia@continuo.pl
www.continuo.pl

Osoba kontaktowa: Jan Kuźma – Redaktor Wydawnictwa
tel. 71 791-20-30, e-mail: wydawnictwo@continuo.pl

Wszelkie prawa zastrzeżone.
Żaden fragment tego wydania, ani w całości, ani w części, nie może
być powielany lub zapisywany w formie odtwarzalnej bez uzyskania
wcześniejszej pisemnej zgody Wydawcy. Wydawca nie odpowiada
za treść zamieszczanych reklam i ogłoszeń.

Projekt graficzny: Maciej Szłapka, TYPO-GRAF
Przygotowanie do druku: Anna Derbin, Wydawnictwo Continuo
Druk: Wrocławska Drukarnia Naukowa PAN
im. S. Kulczyńskiego Sp. z o.o.

Nakład: 1100 egz.

Spis treści

201 Słowo wstępne

PRACE ORYGINALNE

- 203 Halina Borzęcka, Beata Bieniaś, Anna Wieczorkiewicz-Płaza, Monika Wojciechowska, Przemysław Sikora, Małgorzata Zajączkowska • Autosomalnie dominująca torbielowatość nerek u dzieci – obserwacje własne ośrodka
- 206 Andrzej Brzozowski, Andrzej Jaroszyński • Czynniki wpływające na wybór specjalizacji z medycyny rodzinnej przez studentów VI roku Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
- 208 Liliana Celczyńska-Bajew, Anna Posadzy-Małańczyńska, Natalia Rabiza, Hanna Skrzypek • Przestrzeganie zaleceń lekarskich przez pacjentów wiejskich praktyk lekarza rodzinnego
- 211 Grażyna Cepuch, Beata Zych, Anna Wyżga, Katarzyna Wojtas • Wybrane czynniki wpływające na wykonywanie szczepień zalecanych u dzieci
- 213 Irena Choroszy-Król, Jakub Hetmańczyk, Magdalena Frej-Mądrzak, Jolanta Sarowska, Dorota Teryks-Wołyńiec, Agnieszka Jama-Kmieciak • Czułość i swoistość testu end-point PCR w porównaniu z metodą fluorescencji pośredniej w świetle badań własnych
- 216 Marek Derkacz, Joanna Wicha, Joanna Flisek, Jerzy Tarach • Stosowanie leków OTC przez pacjentów Poradni Lekarza Rodzinnego
- 219 Krzysztof Dobosz, Paweł Rajewski, Aleksandra Harat, Marcin Podleśny, Alicja Szolna-Chodór, Maciej Bosek, Maciej Harat, Piotr Rajewski • Stany zagrożenia życia i nagłe zachorowania w Polsce na podstawie biernego badania korelacyjnego porównującego bezpośrednio przyczyny wyjazdów ambulansów według przyczyn ICD-10: analiza head to head danych z WSPR Bydgoszcz vs. WSPR Konin
- 222 Marta Dudzińska, Agnieszka Zwolak, Monika Neć, Maria Kurowska, Joanna Malicka, Agata Smoleń, Mariusz Kowalczyk, Jerzy S. Tarach • Polipragmazja – istotny problem w codziennej praktyce lekarskiej
- 225 Magdalena Frej-Mądrzak, Dorota Teryks-Wołyńiec, Agnieszka Jama-Kmieciak, Jolanta Sarowska, Grażyna Gościńskiak, Irena Choroszy-Król • Zakażenia układu moczowo-płciowego oraz spojówek *Chlamydia trachomatis* u dorosłych i dzieci w latach 2012–2013
- 228 Piotr Gutknecht, Tomasz Winiarski, Bartosz G. Trzeciak, Katarzyna Nowicka-Sauer, Małgorzata Pietrzykowska, Magdalena Reiwer-Gostomska, Andrzej Molisz, Joanna Raczak-Gutknecht, Janusz Siebert • Zakażenia dróg oddechowych w praktyce lekarza rodzinnego – zgłaszane objawy, stosowane leczenie – obserwacja dwuletnia
- 231 Ewa Gyrczuk, Iwona Kazmierowicz, Agnieszka Topczewska-Cabanek, Anna Kiszka, Aneta Nitsch-Osuch, Katarzyna Życińska, Kazimierz A. Wardyn • Epidemiologia rozwojowych wad u dzieci w Interwencyjnym Ośrodku Preadopcyjnym w Otwocku w latach 2008–2012
- 233 Agnieszka Jama-Kmieciak, Magdalena Frej-Mądrzak, Jolanta Sarowska, Dorota Teryks-Wołyńiec, Grażyna Gościńskiak, Irena Choroszy-Król • Częstość wykrywania antygeny *Chlamydia pneumoniae* u dzieci z kaszlem
- 236 Zbigniew Jankowski, Małgorzata Lewandowska, Janusz Jabłoński, Barbara Popek, Joanna Pietrzyk, Ewa Andrzejewska • Epidemiologia ostrych bólów brzucha u dzieci zgłaszających się na ostry dyżur chirurgiczny
- 239 Paweł Kiciński, Andrzej Dybała, Sylwia Przybylska-Kuć, Elżbieta Bartoszek, Małgorzata Dec, Maciej Zakrzewski, Wojciech Myśliński, Jerzy Mosiewicz, Andrzej Jaroszyński • Wskaźnik aterogenności osocza u pacjentów ze świeżo rozpoznanym zespołem obturacyjnego bezdechu sennego
- 242 Ewa Kiszczak-Bochyńska, Anna Oszywa, Maria Kurowska, Joanna Malicka, Marta Dudzińska, Jerzy S. Tarach • Cechy zespołu metabolicznego u pacjentów z incydentaloma nadnerczy (w jęz. ang.)
- 245 Wanda Komorowska-Szczepańska, Marta Sobiecka • Ocena realizacji zaleceń dietetycznych wśród dzieci chorych na mukowiscydozę
- 248 Donata Kurpas, Łucja Pochwała, Mariola Seń, Izabela Wróblewska, Bożena Mroczek • Trudności społeczno-ekonomiczne pacjentów ze schizofrenią
- 252 Ewelina Łopata, Paweł Biesiada, Sylwia Kałucka • Opinie rodziców na temat zasadności szczepień obowiązkowych w Polsce
- 255 Zofia Maciejewska-Szaniec, Barbara Maciejewska, Paweł Piotrowski, Bożena Wiskirska-Woźnica • Charakterystyka zaburzeń czynnościowych układu stomatognatycznego u pacjentów audiologicznych

- 257 Szymon Manasterski, Agata Sławin, Marzena Dawiec, Jacek Krajewski, Agnieszka Mastalerz-Migas • Świadomość zdrowotna i samoocena w zakresie otyłości i nadwagi pacjentów praktyk lekarza rodzinnego
- 260 Marcin Maszke, Agnieszka Stasiak, Sylwia Kałucka • Spadek zainteresowania szczepieniami przeciw grypie wśród pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej w dwóch ostatnich sezonach: 2012–2013 i 2013–2014
- 263 Bożena Mroczek, Izabela Wróblewska, Anna Kędzierska, Donata Kurpas • Postawy dorosłych Polaków wobec osób chorych psychicznie
- 266 Aneta Nitsch-Osuch, Izabela Agata Kamińska, Katarzyna Jaroszewska, Inga Długoń, Agnieszka Topczewska-Cabanek, Katarzyna Życińska, Kazimierz A. Wardyn • Wiedza rodziców na temat realizacji szczepień ochronnych u dzieci z cukrzycą typu 1
- 269 Katarzyna Nowicka-Sauer, Małgorzata Obara-Gołębiowska, Małgorzata Pietrzykowska, Krzysztof Jarmoszewicz, Janusz Siebert • Percepcja przyczyn nadwagi wśród pacjentów oddziału leczenia otyłości – raport wstępny
- 271 Katarzyna Panasiuk-Kamińska, Barbara Żmurowska, Alicja Załuska, Wojciech Załuska, Andrzej Jaroszyński • Przydatność bioimpedancji segmentalnej z segmentu goleni w ocenie stanu nawodnienia organizmu ludzkiego
- 274 Małgorzata Pietrzykowska, Magdalena Reiwer-Gostomska, Piotr Gutknecht, Janusz Siebert • Zmiany postrzegania seniorów przez studentów VI roku studiów medycznych
- 277 Magdalena Prauzińska, Jakub Sroczyński, Beata Pucher, Jarosław Szydłowski • Efektywność zastosowania drenów wentylacyjnych w leczeniu wysiękowego zapalenia ucha środkowego u dzieci
- 279 Sylwia Przybylska-Kuć, Paweł Kiciński, Elżbieta Bartoszek, Małgorzata Dec, Kamil Kuć, Wojciech Myśliński, Andrzej Jaroszyński, Jerzy Mosiewicz • Ocena wpływu czynników demograficznych na stopień nasilenia zespołu uzależnienia od tytoniu i motywacji do zaprzestania palenia oraz kontroli lekarza rodzinnego w walce z nałogiem
- 282 Beata Pucher, Jarosław Szydłowski, Jakub Sroczyński, Magdalena Prauzińska, Bartosz Polski • Najczęstsze przyczyny zgłaszania się pacjentów pediatrycznych do Poradni Laryngologicznej w Poznaniu
- 285 Roma Roemer-Ślimak, Jan Ślimak, Agnieszka Mastalerz-Migas, Dagmara Pokorna-Kałwak • Wiedza i praktyka w zakresie samobadania piersi
- 287 Bartosz J. Sapilak, Maria Magdalena Bujnowska-Fedak, Monika Melon-Sapilak, Mateusz Baran, Alicja Bujalska • Ocena stanu odżywienia i siły mięśniowej pacjentów hospitalizowanych w oddziale geriatrycznym
- 291 Barbara Sokołowska, Monika Wiśniewska, Andrzej Borzęcki • Analiza wybranych aspektów sposobu odżywiania kobiet ciężarnych
- 293 Jakub Sroczyński, Jarosław Szydłowski, Beata Pucher, Magdalena Prauzińska, Bartosz Polski • Zastosowanie badania fiberoskopowego w diagnostyce zaburzeń fonacyjnych u dzieci
- 295 Katarzyna Taran, Stanisław Sporny, Małgorzata Lewandowska, Józef Kobos • Immunohistochemiczna ocena obecności rzadkich rozrostów nefrogennych w potworniakach u dzieci
- 297 Agnieszka Topczewska-Cabanek, Anna Pernach, Aneta Nitsch-Osuch, Danuta Orzołek, Ewa Gyrczuk, Katarzyna Życińska, Kazimierz A. Wardyn • Oparzenia jako przyczyna hospitalizacji dzieci w jednym z warszawskich szpitali w latach 2008–2012
- 300 Bartosz G. Trzeciak, Rafał Czaja, Piotr Gutknecht, Andrzej Molisz, Katarzyna Nowicka-Sauer, Janusz Siebert • Analiza parametrów hemodynamicznych u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym
- 302 Katarzyna Wójtowicz-Chomicz, Elżbieta Huk-Wieliczuk, Anna Czeczuk, Agnieszka Borzęcka, Paweł Borzęcki, Irena Dorota Karwat • Analiza rozpowszechnienia spożywania kofeiny wśród młodzieży akademickiej
- 305 Katarzyna Życińska, Dawid Tomasiak, Paulina Surowiec, Magdalena Góralska, Magdalena Cabaj, Andrzej Falkowski, Aneta Nitsch-Osuch, Kazimierz A. Wardyn • Ocena jakości życia pacjentów z ziarniniakowatością z zapaleniem naczyń

PRACE POGLĄDOWE

- 309 Donata Kurpas, Bożena Mroczek • CCM (*Chronic Care Model*) w ramach podstawowej opieki zdrowotnej
- 313 Piotr Nowakowski, Paweł Jurszewicz • Medycyna okołoperacyjna – strategie redukcji ryzyka

Contents

201 Preface

ORIGINAL PAPERS

- 203 Halina Borzęcka, Beata Bieniaś, Anna Wieczorkiewicz-Płaza, Monika Wojciechowska, Przemysław Sikora, Małgorzata Zajączkowska • Autosomal dominant polycystic kidney disease in children – a single-center review
- 206 Andrzej Brzozowski, Andrzej Jaroszyński • Factors influencing the choice of specialization in family medicine by sixth-year students of the Medical Faculty, Medical University of Lublin
- 208 Liliana Celczyńska-Bajew, Anna Posadzy-Małańczyńska, Natalia Rabiza, Hanna Skrzypek • Factors affecting compliance with treatment – opinion of family doctor's patients from rural area
- 211 Grażyna Cepuch, Beata Zych, Anna Wyżga, Katarzyna Wojtas • Chosen factors influencing recommended vaccinations for children
- 213 Irena Choroszy-Król, Jakub Hetmańczyk, Magdalena Frej-Mądrzak, Jolanta Sarowska, Dorota Teryks-Wołyńiec, Agnieszka Jama-Kmieciak • Sensitivity and specificity of the end-point PCR test in comparison with indirect fluorescence method in the light of own medical tests
- 216 Marek Derkacz, Joanna Wicha, Joanna Flisek, Jerzy Tarach • The use of OTC drugs by patients of GP practices
- 219 Krzysztof Dobosz, Paweł Rajewski, Aleksandra Harat, Marcin Podleśny, Alicja Szolna-Chodór, Maciej Bosek, Maciej Harat, Piotr Rajewski • Case of emergency and sudden illness in Poland based on correlation descriptive study on cause ambulance service according to ICD-10: head to head analysis data from ambulance station Bydgoszcz vs. Konin
- 222 Marta Dudzińska, Agnieszka Zwolak, Monika Neć, Maria Kurowska, Joanna Malicka, Agata Smoleń, Mariusz Kowalczyk, Jerzy S. Tarach • Polypharmacy – an important problem in daily medical practice
- 225 Magdalena Frej-Mądrzak, Dorota Teryks-Wołyńiec, Agnieszka Jama-Kmieciak, Jolanta Sarowska, Grażyna Gościńskiak, Irena Choroszy-Król • *Chlamydia trachomatis* infections of the genitourinary tract and conjunctiva in adults and children in 2012–2013
- 228 Piotr Gutknecht, Tomasz Winiarski, Bartosz G. Trzeciak, Katarzyna Nowicka-Sauer, Małgorzata Pietrzykowska, Magdalena Reiwier-Gostomska, Andrzej Molisz, Joanna Raczak-Gutknecht, Janusz Siebert • Respiratory tract infections in general practice – symptoms and treatment – biennial observation
- 231 Ewa Gyrczuk, Iwona Kazmierowicz, Agnieszka Topczewska-Cabanek, Anna Kiszka, Aneta Nitsch-Osuch, Katarzyna Życińska, Kazimierz A. Wardyn • Epidemiology of congenital malformations in children in the Pre-Adoption Intervention Centre in Otwock in 2008–2012
- 233 Agnieszka Jama-Kmieciak, Magdalena Frej-Mądrzak, Jolanta Sarowska, Dorota Teryks-Wołyńiec, Grażyna Gościńskiak, Irena Choroszy-Król • The frequency of *Chlamydia pneumoniae* antigen detection in children with cough
- 236 Zbigniew Jankowski, Małgorzata Lewandowska, Janusz Jabłoński, Barbara Popek, Joanna Pietrzyk, Ewa Andrzejewska • Epidemiology of acute abdominal pain in children presenting to the emergency room for surgery
- 239 Paweł Kiciński, Andrzej Dytała, Sylwia Przybylska-Kuć, Elżbieta Bartoszek, Małgorzata Dec, Maciej Zarzewski, Wojciech Myśliński, Jerzy Mosiewicz, Andrzej Jaroszyński • Atherogenic index of plasma in patients with newly diagnosed obstructive sleep apnea syndrome
- 242 Ewa Kiszczak-Bochyńska, Anna Oszywa, Maria Kurowska, Joanna Malicka, Marta Dudzińska, Jerzy S. Tarach • Features of metabolic syndrome in patients with adrenal incidentalomas
- 245 Wanda Komorowska-Szczepańska, Marta Sobiecka • Evaluation of the implementation of dietary recommendations among children with cystic fibrosis
- 248 Donata Kurpas, Łucja Pochwała, Mariola Seń, Izabela Wróblewska, Bożena Mroczek • Socio-economic difficulties in schizophrenic patients
- 252 Ewelina Łopata, Paweł Biesiada, Sylwia Kałucka • Parents' opinions on the legitimacy of mandatory vaccination in Poland
- 255 Zofia Maciejewska-Szaniec, Barbara Maciejewska, Paweł Piotrowski, Bożena Wiskirska-Woźnica • The temporomandibular disorders among otologic patients

- 257 Szymon Manasterski, Agata Sławin, Marzena Dawiec, Jacek Krajewski, Agnieszka Mastalerz-Migas • Health self-awareness and self-esteem in the field of obesity and overweight of GP's patients
- 260 Marcin Maszke, Agnieszka Stasiak, Sylwia Kałucka • The decrease in interest in vaccination against influenza among primary care patients in the last two seasons: 2012–2013 and 2013–2014
- 263 Bożena Mroczek, Izabela Wróblewska, Anna Kędzierska, Donata Kurpas • Attitudes of adult Poles towards mentally ill people
- 266 Aneta Nitsch-Osuch, Izabela Agata Kamińska, Katarzyna Jaroszewska, Inga Długoń, Agnieszka Topczewska-Cabanek, Katarzyna Życińska, Kazimierz A. Wardyn • Parents knowledge regarding realization of immunization schedule among children with diabetes type 1
- 269 Katarzyna Nowicka-Sauer, Małgorzata Obara-Gołębiowska, Małgorzata Pietrzykowska, Krzysztof Jarmoszewicz, Janusz Siebert • Perception of causal factors of overweight among patients of obesity treatment setting – preliminary report
- 271 Katarzyna Panasiuk-Kamińska, Barbara Żmurowska, Alicja Załuska, Wojciech Załuska, Andrzej Jaroszyński • Usefulness of calf bioimpedance analysis in state of hydration of human body assessment
- 274 Małgorzata Pietrzykowska, Magdalena Reiwer-Gostomska, Piotr Gutknecht, Janusz Siebert • Change in approach of medical students to the elderly and their needs
- 277 Magdalena Prauzińska, Jakub Sroczyński, Beata Pucher, Jarosław Szydłowski • The effectiveness of ventilation tubes treatment in otitis media with effusion in children
- 279 Sylwia Przybylska-Kuć, Paweł Kiciński, Elżbieta Bartoszek, Małgorzata Dec, Kamil Kuć, Wojciech Myśliński, Andrzej Jaroszyński, Jerzy Mosiewicz • Evaluation of the impact of demographic factors on the severity of tobacco dependence and motivation to stop smoking and control of the family doctor in the fight against addiction
- 282 Beata Pucher, Jarosław Szydłowski, Jakub Sroczyński, Magdalena Prauzińska, Bartosz Polski • The most common reasons for referral to Pediatric ENT Outpatient Clinic in Poznan
- 285 Roma Roemer-Ślimak, Jan Ślimak, Agnieszka Mastalerz-Migas, Dagmara Pokorna-Kałwak • Knowledge and practice of breast self-examination
- 287 Bartosz J. Sapilak, Maria Magdalena Bujnowska-Fedak, Monika Melon-Sapilak, Mateusz Baran, Alicja Bujalska • Assessment of nutritional status and muscle strength in patients hospitalized in geriatric ward
- 291 Barbara Sokołowska, Monika Wiśniewska, Andrzej Borzęcki • Analysis of selected aspects of the diet of pregnant women
- 293 Jakub Sroczyński, Jarosław Szydłowski, Beata Pucher, Magdalena Prauzińska, Bartosz Polski • Application of fiberscope in phonation disorder diagnostics in children
- 295 Katarzyna Taran, Stanisław Sporny, Małgorzata Lewandowska, Józef Kobos • Immunohistochemical evaluation of the presence of rare nephrogenic rests in children teratomas
- 297 Agnieszka Topczewska-Cabanek, Anna Pernach, Aneta Nitsch-Osuch, Danuta Orzolek, Ewa Gyrczuk, Katarzyna Życińska, Kazimierz A. Wardyn • Burns as a cause of hospitalising children in one of Warsaw's hospitals in 2008–2012
- 300 Bartosz G. Trzeciak, Rafał Czaja, Piotr Gutknecht, Andrzej Molisz, Katarzyna Nowicka-Sauer, Janusz Siebert • Analysis of hemodynamic parameters in patients with hypertension
- 302 Katarzyna Wójtowicz-Chomicz, Elżbieta Huk-Wieliczuk, Anna Czeczuk, Agnieszka Borzęcka, Paweł Borzęcki, Irena Dorota Karwat • Analysis of prevalence of caffeine consumption among students
- 305 Katarzyna Życińska, Dawid Tomasik, Paulina Surowiec, Magdalena Góralska, Magdalena Cabaj, Andrzej Falkowski, Aneta Nitsch-Osuch, Kazimierz A. Wardyn • Quality of life in granulomatosis with polyangiitis

REVIEWS

- 309 Donata Kurpas, Bożena Mroczek • CCM (*Chronic Care Model*) within the framework of primary health care
- 313 Piotr Nowakowski, Paweł Jurszewicz • Perioperative medicine – strategies of risk reduction

Słowo wstępne



Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy!

Przed nami wakacje, czas wyjazdów i odpoczynku. Mamy nadzieję, że w letnim grafiku znajdą Państwo chwilę na lekturę nowego zeszytu 3/2014 kwartalnika „Family Medicine & Primary Care Review”.

Przekazywane w Państwa ręce wydanie obfituje w prace oryginalne o różnorodnej tematyce. Jesteśmy przekonani, że każdy Czytelnik znajdzie coś interesującego dla siebie.

Okres wakacji to dla lekarza rodzinnego czas wytężonej pracy i możliwość zetknięcia się w gabinecie z całym spektrum przypadków medycznych.

Warto poznać przyczyny wyjazdów interwencyjnych ambulansów Pogotowia Ratunkowego, o których, na podstawie danych z Bydgoszczy i Konina, napisał Krzysztof Dobosz. Zbigniew Jankowski ograniczył swoje badania do pacjentów pediatrycznych i poddał analizie epidemiologię przyczyn ostrych dolegliwości bólowych brzucha zgłaszanych przez chorych w ramach ostrego dyżuru.

Zespół profesor Ireny Choroszy-Król, w dwóch kolejnych pracach, przedstawił wyniki analiz dotyczących wykrywania zakażeń *Chlamydia trachomatis* i *Chlamydochyla pneumoniae*.

Lato to również okres składania dokumentów o rozpoczęcie specjalizacji. Temu zagadnieniu przyjrzeni się bliżej Andrzej Brzozowski i Andrzej Jaroszyński w pracy na temat wyboru specjalizacji z medycyny rodzinnej przez studentów VI roku medycyny. Życzymy zatem przyszłym abiturientom trafnych wyborów i zadowolenia z realizacji uzyskanej rezydentury.

Ponadto, zachęcamy do zapoznania się między innymi z tematyką szczepień zalecanych u dzieci, trudności pacjentów ze schizofrenią lub zagadnieniami w zakresie odżywiania – również kobiet ciężarnych, poruszoną w pozostałych artykułach.

Życzę miłej lektury.

Prof. dr hab. n. med. Katarzyna Życińska
Redaktor Naczelna

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Autosomalnie dominująca torbielowatość nerek u dzieci – obserwacje własne ośrodka

Autosomal dominant polycystic kidney disease in children – a single-center review

HALINA BORZĘCKA^{A, D}, BEATA BIENIAŚ^{A, C-F}, ANNA WIECZORKIEWICZ-PŁAZA^{A, D-F},
MONIKA WOJCIECHOWSKA^{B, F}, PRZEMYSŁAW SIKORA^A, MAŁGORZATA ZAJĄCZKOWSKA^A

Klinika Nefrologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie Wstęp. Torbielowatość nerek dziedziczona autosomalnie dominująco (ADPKD) jest najczęstszą, genetycznie uwarunkowaną chorobą nerek.

Cel pracy. Analiza przebiegu klinicznego ADPKD u dzieci leczonych w Klinice Nefrologii Dziecięcej UM w Lublinie w latach 2008–2013.

Materiał i metody. Analizie poddano dokumentację medyczną 58 pacjentów z ADPKD.

Wyniki. U 63,8% pacjentów występowały obciążenia rodzinne. U 50% pacjentów chorobę rozpoznano przypadkowo. U 39,7% dzieci obciążenia rodzinne były przyczyną rozpoznania ADPKD, u pozostałych nadciśnienie tętnicze (NT) oraz zakażenia układu moczowego (ZUM). Wśród typowych objawów najczęściej występowało NT.

Wnioski. 1. ADPKD jest chorobą rozpoznawaną u dzieci najczęściej przypadkowo lub ze względu na obciążony wywiad rodzinny. 2. Najczęściej występującym objawem jest NT.

Słowa kluczowe: ADPKD, dzieci, obraz kliniczny.

Summary Background. Autosomal dominant polycystic kidney disease (ADPKD) is one of the most common genetic disorders associated with a progressive deterioration of renal function. ADPKD is a systemic disease involving cysts in the kidneys and abdominal organs.

Objectives. The evaluation of clinical symptoms in children with ADPKD treated in Pediatric Nephrology Department between 2008 and 2013.

Material and methods. Phenotypic heterogeneity at the time of first presentation was studied.

Results. 58 children with ADPKD were evaluated. A family history of ADPKD was known at presentation in 63.8%, which precipitated the screening diagnostic imaging in 39.7% of studied children. The ADPKD in 50% of patients was diagnosed due to screening ultrasound examinations. The reason for diagnosis was also hypertension (HT) and urinary tract infection. The most common symptom of the ADPKD is HT.

Conclusions. 1. The diagnosis of ADPKD in children is generally based on family history or on screening ultrasound examinations. 2. HT is the most common feature of ADPKD in children.

Key words: ADPKD, children, clinical presentation.

Wstęp

Torbielowatość nerek dziedziczona autosomalnie dominująco (ADPKD) jest najczęstszą genetycznie uwarunkowaną chorobą nerek rozpoznawaną u 1 na od 400 do 2500 żywo urodzonych. Występuje z tą samą częstością na całym świecie u obu płci, niezależnie od rasy i pochodzenia etnicznego. Charakteryzuje się postępującym zanikiem czynnego miąższu nerek prowadzącym do rozwoju schyłkowej niewydolności nerek (SNN). ADPKD spowodowana jest mutacją genu kodującego polycystynę 1 (PKD1) lub 2 (PKD2) [1]. Należy do ciliopatii, grupy chorób uwarunkowanych zaburzoną strukturą i funkcjonowaniem rzęsek pierwotnych występujących m.in. na powierzchni komórek cewek nerkowych [2]. W ADPKD w wyniku powstałych mutacji dochodzi do zaburzenia równowagi między proliferacją a apoptozą komórek cewkowych, prowadzącą do powstawania, a następnie stałego powiększania się torbieli, które przez swój ekspansywny rozwój niszczą sąsiadujący miąższ nerkowy oraz nasilają jego włóknienie. ADPKD jest chorobą ogólnoustrojową, w której torbiele mogą tworzyć się również w innych narządach, takich jak: wątroba, trzustka, śledziona, gonady, mogą występować także tętnia-

ki koła tętniczego mózgu. W większości przypadków przewlekła choroba nerek (PChN) postępuje stopniowo i rzadko obserwuje się SNN w I lub w II dekadzie życia. Do najczęściej występujących objawów ADPKD ze strony układu moczowego należą: ból w okolicy lędźwiowej, nadciśnienie tętnicze (NT), krwinkomocz, kamica moczowa, białkomocz oraz zakażenia układu moczowego (ZUM).

Cel pracy

Celem pracy była analiza przebiegu klinicznego autosomalnie dominującej torbielowatości nerek u dzieci leczonych w Klinice Nefrologii Dziecięcej w latach 2008–2013.

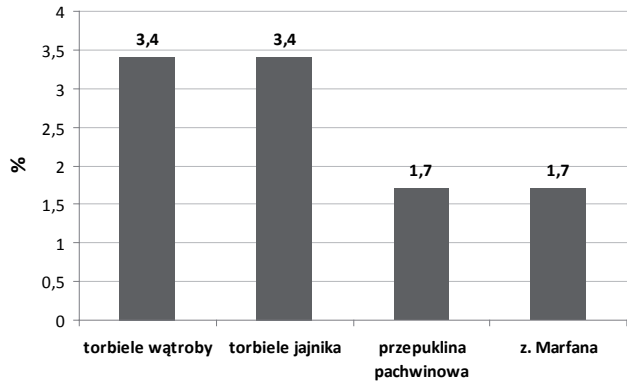
Materiał i metody

Badaniem objęto 58 pacjentów z ADPKD w wieku 1,5–17,5 lat hospitalizowanych w Klinice Nefrologii Dziecięcej UM w Lublinie w latach 2008–2013. Analizowano dokumentację medyczną z uwzględnieniem wieku rozpoznania ADPKD, obciążenia rodzinnego, oceny stopnia zaawansowania PChN (eGFR) oraz występowania towarzyszących patologii układu moczowego i schorzeń innych narządów.

Wyniki

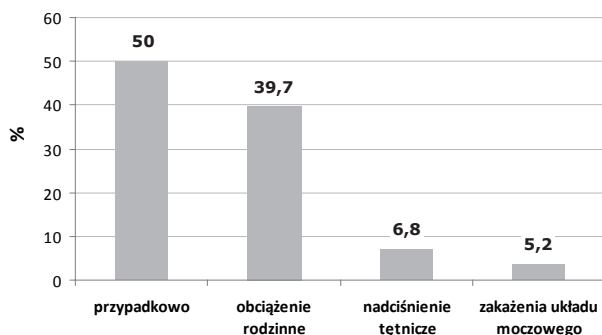
Wyniki przedstawiono w tabeli 1 oraz na rycinach 1–3. W badanej grupie dominowały dziewczęta – 63,8% (37/58), chłopcy stanowili – 36,2% (21/58). Mediana wieku, w którym rozpoznano chorobę, wynosiła 10 lat (od okresu prenatalnego do 17,5 lat). U 63,8% (37/58) pacjentów występowały obciążenia rodzinne (porównywane ze strony matki i ojca). Analiza przyczyn rozpoznania ADPKD wykazała, że u połowy pacjentów (28/58) chorobę rozpoznano przypadkowo na postawie profilaktycznie wykonywanego badania ultrasonograficznego (USG). U 39,7% (23/58) dzieci obciążenia rodzinne zdecydowały o diagnostyce w kierunku ADPKD, u pozostałych NT (6,8% – 4/58) oraz ZUM (5,2% – 3/58). Wśród patologii stanowiących obraz kliniczny ADPKD najczęściej rozpoznawano NT – 32,8% (19/58), przy czym u 19% (11/58) dzieci zostało ono stwierdzone w momencie rozpoznania torbielowatości nerek. Ponadto w badanej grupie występowały ZUM – 29,3% (17/58) oraz kamica moczowa – 13,8% (8/58). Białkomocz stwierdzono u 17,2% (10/58), a krwinkomocz – u 3,4% (2/58) badanych. Jedynie u 1 (1,7%) pacjenta stwierdzono upośledzone przesączanie kłębuszkowe z eGFR 55 ml/min/1,73 m², co odpowiadało 3. stadium PChN. Objawy

pozanerkowe występowały u 10,3% (6/58) badanych. Były to: torbiele wątroby – 3,4% (2/58), torbiele jajnika – 3,4% (2/58), przepuklina pachwinowa – 1,7% (1/58) i zespół Marfana – 1,7% (1/58). U 25,9% (15/58) pacjentów stwierdzono inne patologie układu moczowego, takie jak: wada wrodzona dróg moczowych, dysfunkcja dolnych dróg moczowych, hiperkalciuria, hiperurykozuria, hiperoksaluria, hipomagnezemia z hiperkalcynurią oraz nefrokalcynoza.

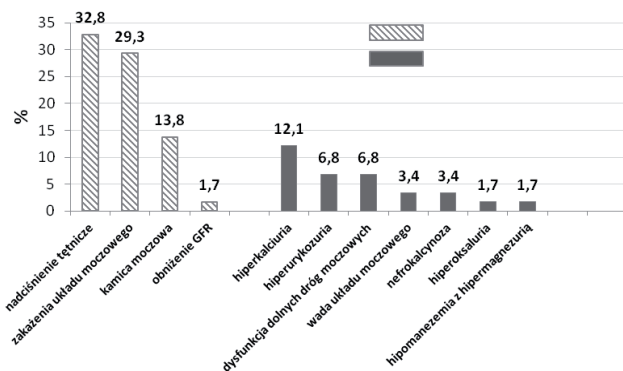


Rycina 3. Występowanie patologii innych narządów w badanej grupie dzieci

Tabela 1. Podstawowa charakterystyka grupy badanej	
Parametr	Badana grupa dzieci z ADPKD
Liczebność grupy badanej	58 pacjentów
Wiek rozpoznania	mediana – 10 lat, zakres: 0–17,5 lat
Płeć (dziewczęta/chłopcy)	37 (63,8%)/21(36,2%)
Obciążenie rodzinne linia matczyzna/linia ojcowska	37 (63,8%) 50%/50%



Rycina 1. Przyczyna rozpoznania ADPKD w badanej grupie dzieci



Rycina 2. Typowe objawy ADPKD oraz występowanie innych zaburzeń układu moczowego w badanej grupie dzieci

Dyskusja

Autosomalnie dominująca torbielowatość nerek, zwana dawniej postacią typu dorosłego, jest coraz częściej rozpoznawaną patologią w wieku rozwojowym. Związane jest to z szerokim dostępem do badania ultrasonograficznego już od okresu prenatalnego [3]. Rozpoznanie ADPKD opiera się na powszechnie znanych ultrasonograficznych kryteriach Ravine'a, na podstawie których obecność 2 torbieli w jednej bądź obu nerkach u pacjentów poniżej 30 r.ż. upoważnia do rozpoznania choroby [4]. Niemniej jednak nie ustalono jednoznacznych kryteriów rozpoznania ADPKD w populacji pediatrycznej. Ze względu na rzadkie występowanie pojedynczych torbieli nerek u dzieci obecność nawet jednej torbieli u pacjentów obciążonych rodzinnie chorobą może sugerować ADPKD [5]. Dostępne piśmiennictwo dotyczące populacji dziecięcej z ADPKD jest nieliczne, co utrudnia miarodajną ocenę i powoduje konieczność ekstrapolacji wyników badań przeprowadzonych w populacji dorosłych z ADPKD na grupę pediatryczną. Na podstawie danych z piśmiennictwa stwierdzono porównywalną częstość występowania ADPKD u obu płci [6, 7], co nie potwierdziło się w naszej obserwacji, która wykazała przewagę dziewcząt. U większości pacjentów stwierdzono obciążenia rodzinne chorobą, porównywalne ze strony obojga rodziców, podobnie jak w dostępnej literaturze. Analiza przyczyn rozpoznania choroby wykazała, iż u połowy pacjentów diagnozę postawiono na podstawie profilaktycznie wykonanego badania USG, a u prawie 40% dzieci przyczyną przeprowadzenia diagnostyki był obciążony wywiad rodzinny. Powyższe obserwacje są zgodne z dostępną literaturą i potwierdzają, iż u większości pacjentów w okresie rozwojowym choroba ta przebiega bezobjawowo [6–8]. W nielicznej grupie dzieci rozpoznano ADPKD postawiono w trakcie diagnostyki NT i ZUM. Jednocześnie aż u około 30% pacjentów z ADPKD rozpoznano NT, przy czym u 19% zostało ono stwierdzone w momencie rozpoznania choroby. Dane te, potwierdzone przez innych autorów, dowodzą, iż NT jest jednym z wczesnych i najczęstszych objawów ADPKD [9–12]. Przeprowadzone badania wykazały porównywalną do danych z piśmiennictwa częstość występowania innych objawów należących do obrazu klinicznego ADPKD, takich jak: ZUM, kamica moczowa, krwinkomocz i białkomocz [5, 7]. Podobnie jak u innych badaczy, obniżenie filtracji

kłębuszkowej obserwowano u pojedynczych pacjentów, co potwierdza tezę, iż ADPKD rzadko prowadzi do rozwoju niewydolności nerek u dzieci.

Wnioski

1. ADPKD jest chorobą rozpoznawaną u dzieci najczęściej przypadkowo na podstawie profilaktycznie wy-

konanego badania USG lub ze względu na obciążony wywiad rodzinny.

2. Najczęściej występującym objawem ADPKD u dzieci jest nadciśnienie tętnicze.
3. ADPKD rzadko prowadzi do obniżenia przesączania kłębuszkowego u dzieci.

Piśmiennictwo

1. Pei Y. Practical genetics for autosomal dominant polycystic kidney disease. *Nephron Clin Pract* 2011; 118: c19–c30.
2. Gunay-Aygun M. Liver and kidney disease in ciliopathies. *Am J Med Genet C Semin Med Genet* 2009; 151C: 296–306.
3. Bujnowska-Fedak MM, Krawiecka-Jaworska E. Rola i przydatność badania ultrasonograficznego w rozpoznawaniu bólów brzucha w praktyce lekarza rodzinnego. *Fam Med Prim Care Rev* 2009; 11(1): 21–25.
4. Ravine D, Sheffield LJ, Danks DM, et al. Evaluation of ultrasonographic diagnostic criteria for autosomal dominant polycystic kidney disease. *Lancet* 1994; 343(8901): 824–827.
5. MacRae Dell K. The spectrum of polycystic kidney disease in children. *Adv Chronic Kidney Dis* 2011; 18(5): 339–347.
6. Mekahli D, Woolf AS, Bockenbauer D. Similar renal outcomes in children with ADPKD diagnosed by screening or presenting with symptoms. *Pediatr Nephrol* 2010; 25(11): 2275–2282.
7. Tee JB, Acott PD, McLellan DH, et al. Phenotypic heterogeneity in pediatric autosomal dominant polycystic kidney disease at first presentation: a single-center, 20-year review. *Am J Kidney Dis* 2004; 43(2): 296–303.
8. Fick-Brosnahan GM, Tran ZV, Johnson AM, et al. Progression of autosomal-dominant polycystic kidney disease in children. *Kidney Int* 2001; 59: 1654–1662.
9. Selistre L, de Souza V, Ranchin B, et al. Early renal abnormalities in children with postnatally diagnosed autosomal dominant polycystic kidney disease. *Pediatr Nephrol* 2012; 27(9): 1589–1593.
10. Bardaji A, Martinez Vea A, Gutierrez C, et al. Left ventricular mass and diastolic function in normotensive young adults with autosomal dominant polycystic kidney disease. *Am J Kidney Dis* 1998; 32: 970–975.
11. Harrap SB, Davies DL, Macnicol AM, et al. Renal, cardiovascular and hormonal characteristics of young adults with autosomal dominant polycystic kidney disease. *Kidney Int* 1991; 40: 501–508.
12. Chapman AB, Schrier RW. Pathogenesis of hypertension in autosomal dominant polycystic kidney disease. *Semin Nephrol* 1991; 11: 653–660.

Adres do korespondencji

Dr n. med. Halina Borzęcka

Klinika Nefrologii Dziecięcej UM

ul. Chodźki 2

20-093 Lublin

Tel.: 81 718-54-70

E-mail: halbo@interia.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 17.02.2014 r.

Po recenzji: 14.04.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 14.04.2014 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Czynniki wpływające na wybór specjalizacji z medycyny rodzinnej przez studentów VI roku Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Factors influencing the choice of specialization in family medicine by sixth-year students of the Medical Faculty, Medical University of Lublin

ANDRZEJ BRZOZOWSKI^{A-G}, ANDRZEJ JAROSZYŃSKI^{A-G}

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

A – przygotowanie projektu badania, B – zbieranie danych, C – analiza statystyczna, D – interpretacja danych, E – przygotowanie maszynopisu, F – opracowanie piśmiennictwa, G – pozyskanie funduszy

PL ISSN 1734-3402

Streszczenie Wstęp. Wybór każdej specjalizacji przez młodego absolwenta medycyny zależy od wielu czynników.

Cel pracy. Określenie najważniejszych motywów wpływających na wybór specjalizacji z medycyny rodzinnej przez studentów VI roku medycyny.

Materiał i metody. W pracy przedstawiono wyniki badania ankietowego przeprowadzonego wśród studentów ostatniego roku studiów Wydziału Lekarskiego UM w Lublinie.

Wyniki. Przed zajęciami z medycyny rodzinnej wybór specjalizacji z medycyny rodzinnej deklarowało 5,8% respondentów, natomiast po zakończeniu bloku zajęć z medycyny rodzinnej odsetek ten wzrósł do 14,2%.

Wnioski. Za wyborem specjalizacji z medycyny rodzinnej przemawiają najczęściej dogodnie godziny pracy i różnorodność pacjentów. Do wyboru tej specjalizacji zniechęca lekarzy najbardziej nadmiar pracy biurowej.

Słowa kluczowe: specjalizacja z medycyny rodzinnej, motywów wyboru specjalizacji, podstawowa opieka zdrowotna.

Summary Background. The choice of each specialization by a young medical doctor depends on many factors.

Objectives. The aim of this work is to identify the main reasons influencing the choice of specialization in family medicine by students of the sixth year.

Material and methods. The paper presents the results of a survey conducted among the students of the Faculty of Medicine, Medical University of Lublin.

Results. Before the course in family medicine choice of specialization in family medicine was declared by 5.8% of respondents, while at the end of the course in family medicine, this percentage increased to 14.2%.

Conclusions. The choice of specialization in family medicine is influenced by the most convenient working hours and a variety of patients. Most excess office work discourages doctors to choose this specialization.

Key words: specialization in family medicine, motives for choice of the specialization, primary care.

Wstęp

Wybór specjalizacji jest szczególnie ważną decyzją podejmowaną przez kolejne roczniki absolwentów medycyny. Określenie kierunku kształcenia podyplomowego determinuje w znacznym stopniu przyszłość zawodową lekarza. Ważne jest, aby ta decyzja była przemyślana i odpowiednio umotywowana. Wybór specjalizacji z medycyny rodzinnej powinien być prestiżem, a nie jedynie „koniecznością życiową” dla młodych lekarzy. Aby to osiągnąć, potrzeba wysiłków ze strony nauczycieli akademickich, ekspertów i autorytetów z dziedziny kształcenia podyplomowego (w tym konsultantów krajowych i wojewódzkich) i mądrych decyzji dotyczących finansowania podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce.

Cel pracy

Celem tej pracy było określenie najważniejszych motywów wpływających na wybór specjalizacji z medycyny rodzinnej przez studentów VI roku Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono metodą ankiety audytoryjnej wśród studentów VI roku Wydziału Lekarskiego UM w Lu-

binie w roku akademickim 2011/2012 i 2012/2013. Badaniem objęto 155 studentów.

Wyniki

Przed zajęciami z medycyny rodzinnej wybór specjalizacji z medycyny rodzinnej deklarowało 5,8% respondentów, natomiast po zakończeniu bloku zajęć z medycyny rodzinnej odsetek ten wzrósł do 14,2%. Wśród studentów, którzy wybrali medycynę rodzinną, przeważali mężczyźni – 52%, kobiety stanowiły 42%.

Czynniki przemawiające za wyborem specjalizacji z medycyny rodzinnej zostały zaprezentowane w tabeli 1 i 2.

Tabela 1. Czynniki wpływające pozytywnie na wybór specjalizacji

Czynniki wpływające na wybór specjalizacji	% respondentów
Dogodne godziny pracy	15,3
Ciekawa praca/różnorodność przypadków	13,7
Kompleksowa opieka nad chorymi	8,8
Praca ambulatoryjna	4,6

Tabela 1. Czynniki wpływające pozytywnie na wybór specjalizacji

Czynniki wpływające na wybór specjalizacji	% respondentów
Wysokie zarobki	4,7
Dostępność specjalizacji	4,5
Łatwość zatrudnienia	3,2
Wysoki prestiż zawodowy	0

Tabela 2. Czynniki wpływające negatywnie na wybór specjalizacji

Czynniki wpływające na wybór specjalizacji	% respondentów
Nadmiar pracy biurowej	21,5
Praca ambulatoryjna	19,4
Niski prestiż zawodowy	19,2
Niskie zarobki	11,2
Brak możliwości dalszego rozwoju	5,6
Nieciekawa praca	2,9

Dyskusja

Wybór specjalizacji jest jedną z najważniejszych decyzji czekających absolwentów medycyny. W Polsce podstawowa opieka zdrowotna opiera się na instytucji lekarza rodzinnego. To lekarz rodzinny zajmuje się diagnostyką, leczeniem, a także profilaktyką chorób, w niejednokrotnie bardzo licznej populacji pacjentów zróżnicowanych pod względem płci i wieku. Praca lekarza w podstawowej opiece zdrowotnej wymaga dużej wiedzy, zaangażowania i odporności na stres. Uzyskanie specjalizacji z medycyny rodzinnej wiąże się z koniecznością kilkuletniego kształcenia podyplomowego, z licznych staży oraz kursów edukacyjnych.

Trudności związane z wymogami kształcenia oraz niedogodności pracy w lecznictwie ambulatoryjnym (obciążenie dużą liczbą pacjentów, nadmiar prac biurowych) często zniechęcają absolwentów do wyboru specjalizacji z medycyny rodzinnej.

Na podstawie wyników ankiety można stwierdzić, że przyszłych lekarzy do wyboru specjalizacji z medycyny rodzinnej zachęcają najczęściej: ograniczony ramowo czas pracy, bez konieczności dyżurów nocnych, możliwość kompleksowej opieki nad pacjentem, dostępność specjalizacji.

Dla części respondentów model pracy lekarza rodzinnego nie jest jednak zachętą, a w pracy ambulatoryjnej, nadmiarze obowiązków biurokratycznych i niskim prestiżu

społecznym lekarza POZ widzą oni argumenty przeciw wyborowi tej specjalizacji.

Z badań ankietowych Czachowskiego [1] dowiadujemy się, że najważniejszymi powodami wyboru specjalizacji medycyny rodzinnej przez studentów medycyny są: nowe wyzwania związane z tą specjalizacją (10% badanych), najbliższy kontakt z pacjentem (12% badanych), niezależność układów personalnych (10% badanych).

W badaniach przeprowadzonych przez Drobniaka i wsp. [2] motywacjami wyboru medycyny rodzinnej były: lepsze perspektywy uzyskania zatrudnienia w obecnej sytuacji rynkowej, możliwość uzyskania specjalizacji II stopnia w stosunkowo krótkim czasie (w porównaniu do dwustopniowej specjalizacji w dziedzinach szczegółowych) oraz możliwość rozpoczęcia własnej praktyki. Lekarze pracujący już w podstawowej opiece zdrowotnej chęć uzyskania specjalizacji z medycyny rodzinnej tłumaczyli możliwością podniesienia kwalifikacji, ale także zwykłą obawą przed utratą pracy w przypadku nie posiadania tej specjalizacji w czasach reform opieki zdrowotnej.

Czachowski i wsp. [3] stwierdzają, że na wybór medycyny rodzinnej jako specjalizacji duży wpływ mają zajęcia z tego przedmiotu na studiach.

Z badań Latańskiego i wsp. [4] z 1992 r. wynika, że polscy studenci zdecydowanie preferują pracę w szpitalu lub klinice niż pracę w przychodni lub ośrodku zdrowia. Swoją decyzję motywują lepszymi perspektywami oraz możliwościami podnoszenia kwalifikacji, kontaktem z osiągnięciami medycznymi, lepszym dostępem do diagnostyki i terapii. Pracę w przychodni, w tym i jako lekarz rodzinny, oceniają jako monotonna, pozbawioną dostępu do najlepszych metod diagnostycznych i dlatego obciążoną dużym ryzykiem błędów lekarskich oraz stanowiącą duże obciążenie fizyczne i psychiczne.

Od momentu wprowadzenia w Polsce do kształcenia podyplomowego lekarzy specjalizacji z medycyny rodzinnej upłynęło 20 lat. W życie zawodowe wchodzi kolejne roczniki absolwentów medycyny, którzy stają przed koniecznością wyboru specjalizacji.

Wnioski

1. Za wyborem specjalizacji z medycyny rodzinnej przemawia najczęściej: dogodny czas pracy, różnorodność pacjentów objętych opieką (różnorodność przypadków klinicznych), co sprawia, że praca nie jest monotonna oraz istnieją możliwości kompleksowej opieki nad chorymi.
2. Do wyboru tej specjalizacji zniechęcają lekarzy najbardziej: nadmiar pracy biurowej, praca ambulatoryjna oraz niski prestiż zawodowy lekarzy tej specjalizacji.

Piśmiennictwo

1. Czachowski S. *Środowiskowe uwarunkowania praktyki lekarza rodzinnego (wybrane zagadnienia)*. Toruń: Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika; 2002.
2. Drobniak J, Hełminiak I, Steciwko A, i wsp. Motywacja lekarzy specjalizujących się w zakresie medycyny rodzinnej i ich oczekiwania związane z praktyką lekarza rodzinnego. *Pol Med Rodz* 1999; 1(2): 69–73.
3. Czachowski S, Buczkowski K, Jeka S. Preferencje studentów wobec wyboru specjalizacji z medycyny rodzinnej. *Fam Med Prim Care Rev* 2006; 8(1): 82–87.
4. Latański M, Smaga J, Gałązka B. Plany zawodowe studentów VI roku wydziału lekarskiego. *Med Wiej* 1992; 3(4): 16–20.

Adres do korespondencji:

Lek. Andrzej Brzozowski
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej UM
ul. Staszica 11
20-081 Lublin
Tel.: 81 532-34-43
E-mail: brzozowski@poczta.onet.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 17.02.2014 r.
Po recenzji: 14.04.2014 r.
Zaakceptowano do druku: 6.05.2014 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Przestrzeganie zaleceń lekarskich przez pacjentów wiejskich praktyk lekarza rodzinnego

Factors affecting compliance with treatment – opinion of family doctor's patients from rural area

LILIANA CELCZYŃSKA-BAJEWA^{A, B, D}, ANNA POSADZY-MAŁACZYŃSKA^P,
NATALIA RABIZA^B, HANNA SKRZYPEK^B

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie Wstęp. Współpraca lekarza rodzinnego z pacjentem uwarunkowana jest nie tylko kompetencjami lekarza, ale także przestrzeganiem zaleceń lekarskich przez pacjenta.

Cel pracy. Poznanie czynników wpływających na przestrzeganie zaleceń przez pacjentów.

Materiał i metody. Za pomocą autorskiej ankiety zbadano 113 pacjentów (69 kobiet i 44 mężczyzn).

Wyniki. Główne przyczyny nieregularnego brania leków: wysoka cena leku, długi czas leczenia, wystąpienie objawów ubocznych i zmęczenie chorobą. Czynnikiem motywującym do przestrzegania zaleceń było unikanie powikłań i ustąpienie dolegliwości. Przeszkodą w przestrzeganiu zaleceń lekarskich była: obawa przed wystąpieniem skutków ubocznych leków, brak wiary w poprawę stanu zdrowia, brak wiedzy o celu leczenia.

Wnioski. 1. Przyczynami nieregularnego stosowania leków były: wysoka cena, długi czas leczenia, zmęczenie chorobą i wystąpienie objawów ubocznych. 2. Przeszkody w compliance to: obawa przed wystąpieniem objawów ubocznych leków, brak wiary w poprawę stanu zdrowia, nieznaną cel leczenia. 3. Czynnikiem motywującym jest unikanie powikłań i ustąpienie dolegliwości.

Słowa kluczowe: compliance, lekarz rodzinny, pacjenci.

Summary Background. A family doctor patient care is conditioned not only by doctor's competence but also on patient's compliance with treatment.

Objectives. Opinions about factors affecting compliance with treatment were studied.

Material and methods. The study involved 113 patients (69 women and 44 men). Opinions were collected using the author's questionnaire.

Results. The reasons of irregular use of medication were: high price of drugs, long duration of treatment, the occurrence of side effects and fatigue due to illness. Motivating factor to compliance was avoiding complications and disappearance of symptoms. A concern about the side effects of drugs, disbelief in improving health, lack of knowledge about the aim of treatment was a barrier for compliance.

Conclusions. 1. The cause of irregular use of medicines is high a price, long duration of treatment, fatigue due to illness and the occurrence of side effects. 2. A barrier for compliance is the concern about occurrence of the side effects of drugs, disbelief in improving health, lack of knowledge about the aim of treatment. 3. The motivation for compliance is avoiding complications and resolving of symptoms.

Key words: compliance, family doctor, patients.

Wstęp

Współpraca lekarza rodzinnego z pacjentem uwarunkowana jest nie tylko kompetencjami lekarza, ale także przestrzeganiem zaleceń lekarskich przez pacjenta. Istotne wydaje się poznanie czynników, które utrudniają ich realizację.

Cel pracy

Poznanie czynników wpływających na przestrzeganie zaleceń przez pacjentów.

Materiał i metody

Grupę badaną stanowiło 113 pacjentów (69 kobiet, 44 mężczyzn) z wiejskich praktyk lekarza rodzinnego. Średnia wieku kobiet wynosiła 56,5 lat, mężczyzn – 53,5 lat. Opini-

nie pacjentów o czynnikach wpływających na przestrzeganie zaleceń zbierano za pomocą autorskiej ankiety. Pytania dotyczyły m.in. przestrzegania zaleceń lekarza, przeszkód utrudniających ich przestrzeganie, kosztów i schematu leczenia.

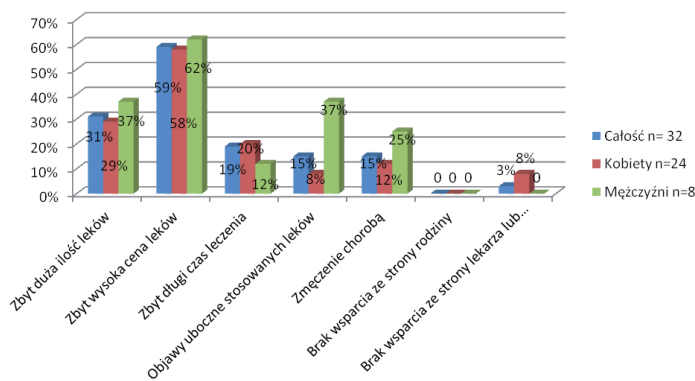
Wyniki

Dla 89% ankietowanych wsparciem w chorobie był lekarz. Dla 85% pacjentów schemat przyjmowania leków był prosty i nieskomplikowany. 35% kobiet i 19% mężczyzn podało przyczyny nieregularnego brania leków. Prezentuje je rycina 1.

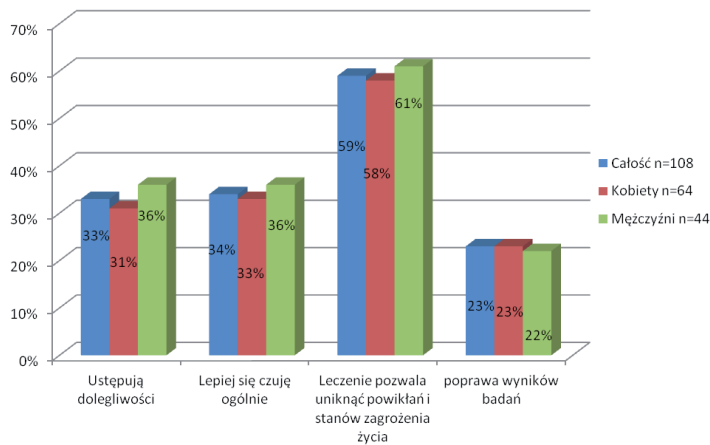
Czynniki motywujące do przestrzegania zaleceń lekarskich przedstawia rycina 2.

Najczęstsze przeszkody w przestrzeganiu zaleceń lekarskich przedstawiono na rycinie 3.

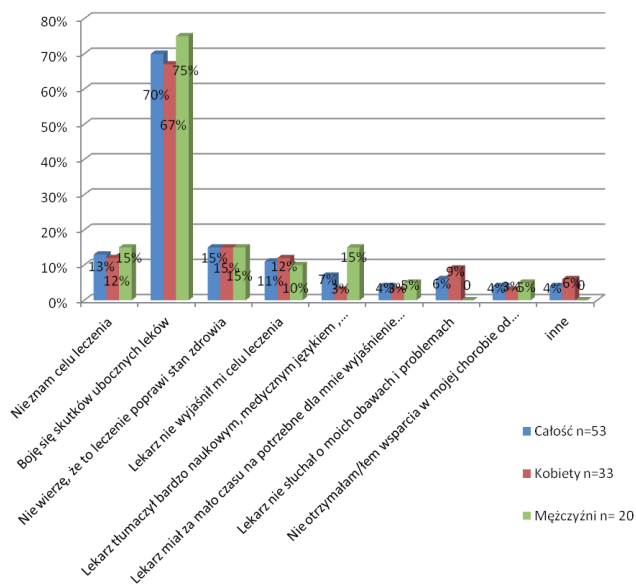
Ocenę finansowych kosztów leczenia przedstawia rycina 4.



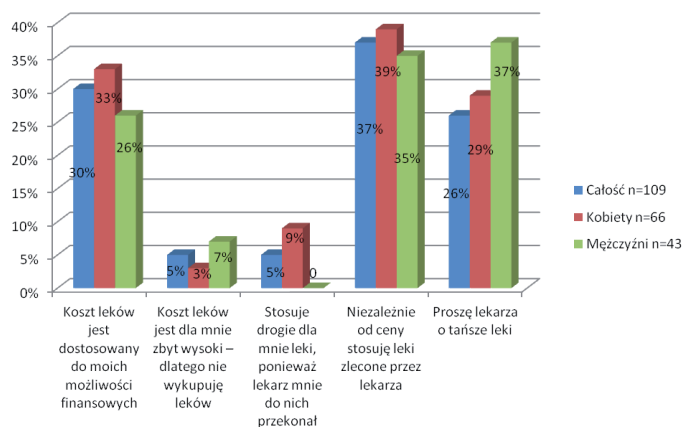
Rycina 1. Przyczyny nieregularnego stosowania leków



Rycina 2. Czynniki motywujące do przestrzegania zaleceń lekarskich



Rycina 3. Przeszkody w przestrzeganiu zaleceń lekarskich



Rycina 4. Finansowe koszty leczenia

Dyskusja

Wsparciem w chorobie dla większości badanych był lekarz. Wsparcie lekarza, jako czynnik motywujący do przestrzegania zaleceń, stwierdzono w pracach Marzoliniego [1], Goetza [2], Fuertes'a [3] oraz Carpentera [4]. Zdecydowana większość badanych uznała codzienne stosowanie leków za łatwe. W pracach Mishra'ego [5], Bailey'a [6], Mungera [7] oraz Ibrahima [8] wykazano, że skomplikowane schematy leczenia wpływają na nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich. Z danych literaturowych wynika, że od 30 do 50% pacjentów nie przestrzega zaleceń dotyczących stosowania leków [7–10]. W prezentowanym badaniu ponad 30% kobiet i 19% mężczyzn zgłaszało nieregularne stosowanie leków oraz podało przyczyny.

Główną przyczyną była wysoka cena leków, przy jednoczesnej deklaracji, że lekarz przepisuje leki zgodnie z ich możliwościami finansowymi lub proszą o tańsze leki. W pracach Karakurta [11], Mishra [5] oraz w pracy *Polskiego pacjenta portret własny. Raport o przestrzeganiu zaleceń lekarskich przez polskich pacjentów* [12] wykazano, że wysokie koszty leczenia są czynnikiem utrudniającym przestrzeganie zaleceń.

Kolejną przeszkodą był długi czas leczenia i zmęczenie chorobą. Długi czas trwania choroby okazał się barierą w przestrzeganiu zaleceń, co wykazano w raporcie *Polskiego pacjenta portret własny* [12]. W badaniu Castelo-Branco

zmęczenie długotrwałym leczeniem było przyczyną przerwania terapii u 27,7% pacjentów [13]. W omawianej pracy przeszkodą w stosowaniu leków było wystąpienie objawów ubocznych. Także w badaniach Mishra [5], Marshalla [14], Fürthauera [15] i Matej-Butrym [16] stwierdzono, że wystąpienie objawów ubocznych leków było przyczyną nieprzestrzegania zaleceń. W badanej grupie przeszkodą w przestrzeganiu zaleceń był brak wiary w poprawę stanu zdrowia w wyniku leczenia oraz brak znajomości celu leczenia. Znajomość celu leczenia daje pacjentowi poczucie odpowiedzialności za leczenie oraz podnosi wiarę w pozytywne efekty terapii, stając się czynnikiem motywującym. Potwierdziły to badania Mishra oraz Bowlinga [5, 17].

Wnioski

1. Przyczynami nieregularnego stosowania leków były: wysoka cena, długi czas leczenia, zmęczenie chorobą i wystąpienie objawów ubocznych leków.
2. Przeszkody w przestrzeganiu zaleceń lekarskich to: obawa przed wystąpieniem objawów ubocznych leków, brak wiary w poprawę stanu zdrowia w wyniku terapii, nieznajomość celu leczenia.
3. Czynnikiem motywującym pacjenta do przestrzegania zaleceń lekarskich jest unikanie powikłań i ustąpienie dolegliwości.

Piśmiennictwo

1. Marzolini S, Mertens DJ, Oh PI, et al. Self-reported compliance to home-based resistance training in cardiac patients. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2010; 17(1): 35–41.
2. Goetz K, Szczesny J, Laux G, et al. How chronically ill patients evaluate their care: results of an evaluation study of the family doctor-centred health care model. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2013; 107(6): 379–385.
3. Fuertes JN, Mislowack A, Bennett J, et al. The physician-patient working alliance. *Patient Educ Couns* 2007; 66(1): 29–36.
4. Carpenter DM, DeVellis RF, Fisher EB, et al. The effect of conflicting medication information and physician support on medication adherence for chronically ill patients. *Patient Educ Couns* 2010; 81(2): 169–176.
5. Mishra SI, Gioia D, Childress S, et al. Adherence to medication regimens among low-income patients with multiple comorbid chronic conditions. *Health Soc Work* 2011; 36(4): 249–258.
6. Bailey CJ, Kodack M. Patient adherence to medication requirements for therapy of type 2 diabetes. *Int J Clin Pract* 2011; 65(3): 314–322.
7. Munger MA, Van Tassel BW, LaFleur J. Medication nonadherence: an unrecognized cardiovascular risk factor. *Med Gen Med* 2007; 9(3): 58.
8. Ibrahim NK, Attia SG, Sallam SA, et al. Physicians' therapeutic practice and compliance of diabetic patients attending rural primary health care units in Alexandria. *J Family Community Med* 2010; 17(3): 121–128.
9. Santa-Helena ET, Nemes MI, Eluf Neto J. Risk factors associated with non-adherence to anti-hypertensive medication among patients treated in family health care facilities. *Cad Saude Publica* 2010; 26(12): 2389–2398.
10. Kim HY, Lee JA, Kim YS, et al. Factors of compliance in patients with hypercholesterolemia using rosuvastatin in primary care. *Korean J Fam Med* 2012; 33(5): 253–261.
11. Karakurt P, Kaşikçi M. Factors affecting medication adherence in patients with hypertension. *J Vasc Nurs* 2012; 30(4): 118–122.
12. *Polskiego pacjenta portret własny. Raport o przestrzeganiu zaleceń lekarskich przez polskich pacjentów*. Warszawa: Fundacja na Rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny; 2010.
13. Castelo-Branco C, Cortés X, Ferrer M. Treatment persistence and compliance with a combination of calcium and vitamin D. *Climacteric* 2010; 13(6): 578–584.
14. Marshall IJ, Wolfe CD, McKeivitt C. Lay perspectives on hypertension and drug adherence: systematic review of qualitative research. *BMJ* 2012; 9(345): e3953.
15. Fürthauer J, Flamm M, Sönnichsen A. Patient and physician related factors of adherence to evidence based guidelines in diabetes mellitus type 2, cardiovascular disease and prevention: a cross sectional study. *BMC Fam Pract* 2013; 4(14): 47.
16. Matej-Butrym A, Butrym M, Jaroszyński A. Analiza przyczyn nieprzestrzegania zaleceń lekarskich przez chorych na cukrzycę typu 2. *Fam Med Prim Care Rev* 2011; 13(3): 449–451.
17. Bowling A, Rowe G, Lambert N, et al. The measurement of patient's expectations for health care: a review and psychometric testing of a measure of patient's expectations. *Health Technol Assess* 2012; 16(30): i-xii.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Liliana Celczyńska-Bajew
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej UM
ul. Przybyszewskiego 49, 60-355 Poznań
Tel.: 61 869-11-44, e-mail: kmr@ump.edu.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 14.02.2014 r.

Po recenzji: 10.04.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 10.04.2014 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Wybrane czynniki wpływające na wykonywanie szczepień zalecanych u dzieci

Chosen factors influencing recommended vaccinations for children

GRAŻYNA CEPUCH^{1, A, C, D, F}, BEATA ZYCH^{1, C, D, F}, ANNA WYŻGA^{2, B, D, E}, KATARZYNA WOJTAS^{1, A, D}¹ Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie² Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie

A – przygotowanie projektu badania, B – zbieranie danych, C – analiza statystyczna, D – interpretacja danych, E – przygotowanie maszynopisu, F – opracowanie piśmiennictwa, G – pozyskanie funduszy

Streszczenie **Wstęp.** Rozwój wakcynologii daje możliwości podania dzieciom szczepień zalecanych. Nie są one obowiązkowe i budzą wśród rodziców wiele emocji. Wiedza przekazywana przez personel medyczny może pomóc w podjęciu decyzji o szczepieniu dzieci.

Cel pracy. Ocena czynników mogących mieć wpływ na decyzję rodziców o podaniu szczepień zalecanych własnym dzieciom.

Materiał i metody. Badaniem objęto 100 osób, które są rodzicami przynajmniej jednego dziecka w wieku od 1. do 5. roku życia. W badaniu wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki. Sytuacja ekonomiczna rodziny wpływa na podejmowanie decyzji o szczepieniu dziecka. Informacje udzielane przez personel medyczny mogą wpływać na zaszczepienie dzieci. Nie wykazano wpływu ruchów antyszczepionkowych na podejmowanie decyzji o szczepieniu. Rodzice, którzy zaszczepili swoje dzieci, mieli większą wiedzę na temat szczepień, niż rodzice, którzy dzieci nie zaszczepili.

Wnioski. Wiedza rodziców na temat celowości szczepienia dzieci szczepionkami zalecanymi i niska cena szczepionki może stanowić czynnik determinujący w profilaktyce chorób.

Słowa kluczowe: szczepienie zalecane, dzieci, czynniki decydujące o szczepieniu.

Summary **Background.** The progress of vaccinology makes it possible to administer recommended vaccines. Because they are not compulsory they arise many contradictory emotions in parents. Medical personnel can help parents make decisions about recommended vaccines.

Objectives. Evaluation of factors that may affect the parents' decision about recommended vaccinations in their children.

Material and methods. The study covered 100 people who were parents of at least one child aged between 1 and 5. The study was carried out by means of a diagnostic survey. An authorized questionnaire was used as a study tool to assess the parents' attitude.

Results. The economic situation of the family has a significant impact on decision-making about the child's vaccination. The information provided by medical personnel may affect immunization of children. There was no effect of anti-vaccination movements on making decisions about vaccination of children. Parents who let their children vaccinate had greater knowledge of vaccination than parents of children who were not vaccinated.

Conclusions. Reliable parents' knowledge of the advisability of vaccination of children with recommended vaccines can be a determining factor in the prevention of diseases.

Key words: recommended vaccination, children, determinants of vaccination.

Wstęp

Rozwój badań nad szczepionkami, opracowywanie nowych i doskonalenie już istniejących preparatów szczepionkowych daje możliwości zapobiegania wielu chorobom zakaźnym. Rodzice mają możliwość podania szczepionek także tych zalecanych, a nieuwzględnionych w kalendarzu szczepień obowiązkowych [1]. Możliwości wykonania szczepień obowiązkowych, jak i zalecanych coraz częściej powodują dyskusje wśród społeczeństwa, a często też ostry sprzeciw osób tworzących ruchy przeciwne sztucznemu uodparnianiu dzieci [2]. Istotną rolę dla poprawy stanu wyszczepienia społeczeństwa, a tym samym zapobiegania groźnym epidemiom, wydaje się mieć wiedza i postawa rodziców wobec szczepień ochronnych.

Cel pracy

Celem prowadzonych badań była ocena wybranych czynników (płeć, sytuacja ekonomiczna, poziom wiedzy

o szczepieniach, zadowolenie z informacji od personelu medycznego, wiedza o ruchach antyszczepionkowych) mogących mieć wpływ na decyzję rodziców o wykonaniu szczepień zalecanych.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród 100 rodziców dzieci w wieku od 1 do 5 lat, mieszkańców nowego krakowskiego osiedla. Przeważały kobiety 66% ($n = 66$). Większość osób 56% ($n = 56$) była w wieku 31–40 lat. W sondażu diagnostycznym wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety. W weryfikacji istotności wykorzystano test niezależności χ^2 i przyjęto poziom istotności $p = 0,05$.

Wyniki

Rodzice 99% ($n = 99$) mają wiedzę o możliwości szczepienia dziecka szczepionkami zalecanymi. Płeć respondentów nie miała znaczącego wpływu na poziom wiedzy na

temat szczepień, chorób i powikłań chorobowych w przypadku niezaszczepienia dziecka ($\chi^2 = 6,79$; $df = 4$; $p = 0,14$).

Sytuację materialną jako dobrą określiło 55% ($n = 55$) badanych, 37% ($n = 37$) – jako średnio dobrą, za bardzo dobrą uznało ją 5% ($n = 5$), złą zaznaczyło 2% ($n = 2$), a bardzo złą 1% ($n = 1$). Wykazano istotnie statystyczny wpływ między sytuacją materialną rodziny a decyzją o podaniu dziecku szczepień zalecanych ($\chi^2 = 10,91$; $df = 4$; $p = 0,02$).

Poziom wiedzy dotyczący szczepień nie był wysoki. Największy odsetek 72,73% ($n = 44$) dzieci, którym podano szczepionki zalecane, był wśród rodziców mających największą wiedzę na temat przebiegu i możliwych powikłań związanych z ewentualnym zachorowaniem dziecka. Jednakże poziom wiedzy respondentów na temat powikłań chorobowych nie wykazuje istotnego wpływu na decyzję o podaniu dziecku szczepionki zalecanej ($\chi^2 = 3,57$; $df = 3$; $p = 0,31$).

Informacje na temat szczepień przekazane rodzicom przez personel medyczny (lekarz, pielęgniarka) 64% ($n = 64$) badanych uznało za wystarczające, a 36% ($n = 36$) za niewystarczające. Wykazano istotną statystycznie zależność między stopniem satysfakcji z informacji udzielanych przez personel medyczny na temat szczepień a szczepieniem dzieci ($\chi^2 = 16,673$; $df = 5$; $p = 0,0052$).

Zdecydowana większość respondentów 86% ($n = 86$) zetknęła się z ideologią głoszoną przez ruchy społeczne przeciwne szczepieniom ochronnym. Własnego zdania na temat ich działalności nie miało 50% ($n = 50$) respondentów, a 31% ($n = 31$) zdecydowanie się nie zgadza z ich działalnością, nie słyszało o tej ideologii 14% ($n = 14$) rodziców, a 5% ($n = 5$) badanych zetknęło się z ruchami przeciwników szczepień i w pełni je popiera. Nie zaobserwowano istotnego wpływu ruchów antyszczepionkowych na podanie dziecku szczepionek zalecanych ($\chi^2 = 9,028$; $df = 3$; $p = 0,0289$).

Piśmiennictwo

1. Bernatowska E, Grzesiowski P, red. *Szczepienia ochronne obowiązkowe i zalecane od A do Z*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2012.
2. Kuchar E, Szenborn L. Postawy antyszczepionkowe i możliwość polemiki. *Wakcynologia* 2010; 5: 43–46.
3. Jackowska T, Kłyszewska M. Realizacja szczepień zalecanych u dzieci i ocena świadomości ich rodziców. *Pediatr Pol* 2010; 85(3): 201–205.
4. Wróblewska I, Baran A, Sochocka L, i wsp. Analiza świadomości prozdrowotnej rodziców dzieci i młodzieży objętych Programem Szczepień Ochronnych. *Fam Med Prim Car Rev* 2011; 13(3): 530–535.
5. Pokorna-Kałwak D, Gwiazda E, Muszyńska A, i wsp. Wyszczepialność szczepionkami zalecanymi w praktyce lekarza rodzinnego wśród dzieci w wieku 2–5 lat. *Fam Med Prim Car Rev* 2009; 11(3): 461–463.
6. Kochman D, Rudzińska T. Znaczenie edukacji rodziców w kontekście szczepień obowiązkowych i zalecanych u dzieci w wieku 0–2 lat. *Prob Pielęg* 2008; 16(1, 2): 163–172.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Grażyna Cepuch
Wydział Nauk o Zdrowiu CM UJ
ul. Kopernika 25
30-501 Kraków
Tel.: 600 132-585
E-mail: grazyna.cepuch@uj.edu.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 17.02.2014 r.

Po recenzji: 4.04.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 15.04.2014 r.

Dyskusja

Z badań własnych wynika, że rodzice wiedzą o możliwości wykonania szczepień zalecanych u dzieci, podobnie zresztą jak to przedstawiono u innych autorów [3]. Jednak poziom wiedzy na temat samych szczepień oraz powikłań związanych z zachorowaniem dziecka nie jest wysoki. Im wyższy poziom wiedzy prezentowali rodzice, tym więcej ich dzieci było zaszczepionych dodatkowo. Głównym źródłem wiedzy dla rodziców na temat szczepień jest personel medyczny, podobnie, jak u Wróblewskiej [4].

Status materialny rodziny można uznać za czynnik mający wpływ na decyzję o szczepieniu dziecka. Podobne wnioski prezentują inni badacze [5]. W badaniach własnych wśród rodziców, którzy zaszczepili swoje dzieci, wskazano, że zakup szczepionek był obciążeniem budżetu zwłaszcza dla uboższych rodzin. Również Wróblewska [4] podkreśla problem wysokiej ceny szczepionek w swoich wynikach badań.

Wśród rodziców biorących udział w badaniach własnych, którzy deklarują poparcie dla przeciwników szczepień, ponad połowa podała jednak swoim dzieciom szczepienia zalecane. Nie należy jednak nie doceniać znaczenia coraz mocniej działających ruchów antyszczepionkowych [2, 6].

Wnioski

1. Rzetelna wiedza rodziców na temat celowości szczepienia dzieci szczepionkami zalecanymi może stanowić czynnik determinujący w profilaktyce chorób.
2. Propagowanie wśród rodziców bezpłatnych akcji szczepionkowych zwiększy liczbę dzieci zaszczepionych szczepionkami zalecanymi.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Czułość i swoistość testu end-point PCR w porównaniu z metodą fluorescencji pośredniej w świetle badań własnych

Sensitivity and specificity of the end-point PCR test in comparison with indirect fluorescence method in the light of own medical tests

IRENA CHOROSZY-KRÓL^{A, G}, JAKUB HETMAŃCZYK^{B, F}, MAGDALENA FREJ-MĄDRZAK^{C, E}, JOLANTA SAROWSKA^{D, B}, DOROTA TERYKS-WOŁYNIĘC^E, AGNIESZKA JAMA-KMIECIK^{F, C}

Zakład Nauk Podstawowych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

A – przygotowanie projektu badania, B – zbieranie danych, C – analiza statystyczna, D – interpretacja danych, E – przygotowanie maszynopisu, F – opracowanie piśmiennictwa, G – pozyskanie funduszy

Streszczenie Wstęp. Na podstawie wyników badań 100 osób bez objawów ze strony układu oddechowego w wieku 20–69 lat dokonano oceny czułości i swoistości dwóch technik diagnostycznych używanych do identyfikacji *Chlamydomphila pneumoniae* (*Chlp.*).

Cel pracy. Ocena czułości i swoistości testu end-point PCR firmy GeneProof w porównaniu z metodą immunofluorescencji pośredniej.

Materiał i metody. Przedmiotem badań były wymazy z tylnej ściany gardła pochodzące głównie od pracowników i studentów UM we Wrocławiu. Badanie w kierunku *Chlp.* wykonywano dwiema technikami IF pośredniej (IFp) oraz techniką PCR.

Wyniki. Przeprowadzono analizę zgodności wyników badań wykrywających zakażenia *Chlp.* otrzymanych dwoma metodami: techniką IFp i end-point PCR. Były one zgodne w 85% przypadków. Metodą IFp częściej wykrywano antygen *Chlp.* (15%) niż gen bakteryjny techniką PCR (8%).

Wnioski. Zgodność wyników badań w kierunku *Chlp.* wykonanych techniką IFp i PCR wynosiła 85%. Mając na uwadze czułość i swoistość obu testów, zalecane jest wykonywanie badań w kierunku *Chlp.* testem IFp z uwagi na niższy koszt badania i wyższą czułość.

Słowa kluczowe: *Chlamydomphila pneumoniae*, czułość, swoistość.

Summary Background. Based on the testing results of 100 people without any symptoms from the respiratory system aged 20–69 an evaluation of sensitivity and specificity of two diagnostic techniques used for identifying *Chlp.* was carried out.

Objectives. The authors evaluated sensitivity and specificity of the GeneProof end-point PCR test compared to indirect immunofluorescence.

Material and methods. The subject of examination was the smear collected from the back side of the throat obtained from students and staff working in MU Wrocław. The *Chlp.* test was conducted by two techniques, i.e. indirect IF technique and PCR technique.

Results. The analysis of consistency of *Chlp.* test results was conducted. It involved two methods: the indirect IF technique and the end-point PCR technique. They were consistent in 85% cases. The *Chlp.* antigens were detected more frequently (15%) by the indirect IF method than the bacterial gene by the PCR technique (8%).

Conclusions. Consistency of *Chlp.* test results carried out by IFP and PCR technique was 85%. Considering sensitivity and specificity of both tests, it is advised to perform the *Chlp.* test by IFP due to lower cost and higher sensitivity.

Key words: *Chlamydomphila pneumoniae*, sensitivity, specificity.

Wstęp

Technika PCR stworzyła nowe możliwości wykrywania *Chlamydomphila pneumoniae* (*Chl. pneumoniae*) – drobnoustroju odpowiedzialnego za m.in. zmiany zapalne w obrębie układu oddechowego [1]. Diagnostyka zakażeń *Chl. pneumoniae* opiera się także na metodzie hodowli tkankowej (wykrywanie ciałek wtętotowych) oraz immunofluorescencji (wykrywanie ciałek elementarnych i wtętotowych). Ta ostatnia technika najbardziej nadaje się do badań masowych.

Cel pracy

Celem pracy była ocena czułości i swoistości testu end-point PCR firmy GeneProof w porównaniu ze stosowaną przez autorów rutynowo metodą immunofluorescencji pośredniej.

Materiał i metody

Badaniami objęto 100 osób bez objawów klinicznych zakażenia układu oddechowego, w tym 26 mężczyzn i 74 kobiet. Wiek badanych mieścił się w granicach 20–69 lat. Przedmiotem badania były wymazy z tylnej ściany gardła, które pobierano w godzinach porannych, na czczo, bez stosowania zabiegów higienicznych jamy ustnej. Materiał pobierano zgodnie z obowiązującymi procedurami [1]. Grupę badaną stanowili głównie pracownicy i studenci UM we Wrocławiu.

Badania bakteriologiczne w kierunku *Chl. pneumoniae* wykonano techniką immunofluorescencji pośredniej z użyciem monoklonalnych przeciwciał znakowanych izotocjanianem fluoresceiny FITC (Chlamydia CEL PN-IFT test firmy Cellabs) oraz mikroskopu fluorescencyjnego firmy Olympus.

Do wykrywania DNA wykorzystano zestaw diagnostyczny PCR-Chlamydia pneumoniae KIT firmy GeneProof umożliwiający wykrycie DNA za pomocą polimerazowej reakcji łańcu-

chowej (PCR). Wszystkie badania zostały wykonane zgodnie z zaleceniami instrukcji producentów odczynników [2, 3].

Wyniki i omówienie

Porównanie wyników badań uzyskanych metodą IF pośredniej i techniką end-point PCR przedstawia tabela 1.

Przy użyciu dwóch technik diagnostycznych wyniki zgodne stwierdzono u 85/100 (85%) badanych, w tym zgodnie dodatnie [IF+ PCR+] u 4/100 (4%), a zgodnie ujemne [IF- PCR-] – u 81/100 (81%). Wyniki niezgodne stanowiły dużo niższy odsetek i wykazano je u 15/100 (15%) ogółu badanych w tym [IF+ PCR-] u – 11/100 (11%), a [IF- PCR+] – 1 u 4/100 (4%).

Tabela 1. Porównanie wyników badań uzyskanych metodą immunofluorescencji pośredniej i techniką end-point PCR

Liczba badanych	Wyniki badań wymazów w kierunku <i>Chlamydia pneumoniae</i>			
	Wyniki zgodne dodatnie [%]	Wyniki zgodne ujemne [%]	Wyniki niezgodne [%]	
	IF+ PCR+	IF- PCR-	IF+ PCR-	IF- PCR+
100	4,0	81,0	11,0	4,0
Razem	85,0		15,0	

Tabela 2. Ocena czułości i swoistości testu IF pośredniej w porównaniu z techniką PCR

	PCR dodatni 8	PCR ujemny 92	Ogółem
IFp dodatni	4	11	15
IFp ujemny	4	81	85

Czułość: 4/8 (50%), swoistość: 81/92 (88%).

Tabela 3. Porównanie czułości i swoistości testu PCR w porównaniu z testem IFp

IF		+	-
PCR	+	4	4
	-	11	81

Czułość: 4/15 (26,7%), swoistość: 81/85 (95,3%).

Ocenę czułości i swoistości testu end-point PCR vs. IFp oraz IFp vs. end-point PCR przedstawiają tabele 2–3. Wynika z nich, że w porównaniu z metodą IFp czułość testu end-point PCR wynosiła 50%, a swoistość 88%. Czułość i swoistość wyliczono z następujących wzorów:

$$\text{czułość} = \frac{\text{liczba wyników dodatnich w obu testach}}{\text{liczba wyników ujemnych w jednym z testów}}$$

$$\text{swoistość} = \frac{\text{liczba wyników ujemnych w obu testach}}{\text{liczba wyników ujemnych w jednym z testów}}$$

Technika end-point PCR okazała się być mniej czułą niż metoda immunofluorescencji pośredniej.

Porównanie wyników badań własnych z doniesieniami z piśmiennictwa wskazuje, że istnieje duża zgodność danych dotyczących odsetka swoistości testu PCR, ocenianego ogółem na 87,5–99,0% [4].

Gaydos i wsp. [5] analizowali użyteczność testu PCR, hodowli tkankowej i immunofluorescencji pośredniej. Badania czułości i swoistości poszczególnych metod wykazały, że w przypadku zastosowania techniki IF pośredniej w porównaniu z metodą hodowli na komórkach Hep 2 czułość wynosiła 76,5%, a swoistość – 99,0%. Dla porównania przy użyciu techniki PCR i IF pośredniej wyniki czułości wynosiły 87,5%, a swoistość – 99,0%. Jedynie Hyman i wsp. [6] podali niższe odsetki w odniesieniu do wymazów z gardła. Znacznie większe różnice dotyczą oceny czułości omawianego testu, zwłaszcza przy użyciu go do badania różnych populacji [4–6].

Według autorów cytowanych w niniejszej pracy, czułość testu PCR była ogółem wyższa i wynosiła 76,5–87,5%; w badaniach własnych wynosiła ona zaledwie 50%. Wiadomo jednak, że między czułością i swoistością każdego testu istnieje pewne ekwilibrium, które powoduje, że im większa czułość, tym mniejsza swoistość, i odwrotnie. Cytowani w pracy autorzy przyznają, że test PCR jest bardzo dokładną techniką identyfikacji genów *Chl. pneumoniae*, jednak z uwagi na wysoki koszt, czasochłonność i długi czas oczekiwania na wynik nie nadaje się do badań masowych [6, 7].

Naszym zdaniem przy badaniach masowych wystarczająca i bardziej dostępna jest metoda immunofluorescencji pośredniej. Przy jednorazowym pobraniu materiału żadna pojedyncza technika badań nie wykrywa jednak wszystkich przypadków zakażeń.

Wnioski

1. Zgodność wyników badań w kierunku *Chl. pneumoniae* wykonanych techniką IFp i PCR wynosiła 85%.
2. Mając na uwadze czułość i swoistość obu testów, zalecane jest wykonywanie badań w kierunku *Chl. pneumoniae* testem IFp z uwagi na niższy koszt badania i wyższą czułość.

Piśmiennictwo

1. Jama-Kmieciak A, Noga L, Choroszy-Król I. Diagnostyka zakażeń wywołanych *Chlamydia pneumoniae*. *Fam Med Prim Care Rev* 2010; 12(2): 44–50.
2. Cellabs: Protokół produktu Chlamydia CEL PN.
3. Gene Proof: Protokół zestawu *Chlamydia pneumoniae* PCR Kit.
4. Choroszy-Król I, Frej-Mądrzak M, Jama-Kmieciak A, et al. Detection of *Chlamydia pneumoniae* antigens in patients with chronic cough. Wykrywanie antygenów EB *Chlamydia pneumoniae* u pacjentów z kaszlem przewlekłym. *Adv Exp Med Biol* 2013; 788: 47–50.
5. Gaydos CA, Roblin PM, Hammerschlag MR, et al. Diagnostic utility of PCR-enzyme immunoassay, culture, and serology for detection of *Chlamydia pneumoniae* in symptomatic and asymptomatic patients. *J Clin Microbiol* 1994; 12: 903–905.
6. Hyman CL, Roblin PM, Gaydos CA, et al. Prevalence of asymptomatic nasopharyngeal carriage of *Chlamydia pneumoniae* in subjectively healthy adults: assessment by polymerase chain reaction – enzyme immunoassay and culture. *Clin Infect Dis* 1995; 20(5): 1174–1178.

7. Choroszy-Król I, Frej-Mądrzak M, Hober M. i wsp. Częstość zakażeń układu oddechowego u dorosłych wywołana przez *Chlamydomydia pneumoniae*. *Fam Med Prim Care Rev* 2012; 14(2): 141–144.

Adres do korespondencji:

Prof. dr hab. Irena Choroszy-Król

Zakład Nauk Podstawowych UM

ul. Chałubińskiego 4

50-368 Wrocław

Tel.: 71 784-00-76

E-mail: irena.choroszy-krol@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 23.01.2014 r.

Po recenzji: 14.04.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 14.04.2014 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Stosowanie leków OTC przez pacjentów Poradni Lekarza Rodzinnego

The use of OTC drugs by patients of GP practices

MAREK DERKACZ^{1, A, D-G}, JOANNA WICHA^{2, B, C}, JOANNA FLISEK^{2, B, C}, JERZY TARACH^{1, E}¹ Katedra i Klinika Endokrynologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie² Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Endokrynologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

A – przygotowanie projektu badania, B – zbieranie danych, C – analiza statystyczna, D – interpretacja danych, E – przygotowanie maszynopisu, F – opracowanie piśmiennictwa, G – pozyskanie funduszy

Streszczenie Wstęp. Istniejące dane mówią o wzroście konsumpcji leków w Polsce w ostatnich latach, która dotyczy głównie leków dostępnych bez recepty (OTC). Leki te stanowią coraz większą część polskiego rynku farmaceutycznego. Większość pacjentów dokonuje zakupu tych leków i stosuje je bez konsultacji z lekarzem.

Cel pracy. Ocena zjawiska stosowania leków OTC wśród pacjentów Poradni Lekarza Rodzinnego.

Materiał i metody. Grupę badaną stanowiło 261 pacjentów. Średnia wieku respondentów wynosiła $48,2 \pm 16,9$ lat. 67,1% badanych stanowili mieszkańcy miasta, 32,9% – mieszkańcy wsi. Wykształcenie wyższe posiadało 37,2% badanych, średnie – 44,4%, zawodowe – 12,3% i podstawowe – 6,1%. Badanie przeprowadzono przy użyciu kwestionariusza autorskiego.

Wyniki. Do nabywania leków dostępnych bez recepty (OTC) przyznało się 96,2% badanych. Informacje dotyczące leków OTC pacjenci najczęściej uzyskiwali od farmaceutów – 39,9%. 38,7% osób decyzję o zakupie konkretnego leku podejmowało pod wpływem jego reklamy w mediach. Respondenci kupując leki dostępne bez recepty najczęściej kierowali się ich skutecznością – 44,1%. Kwoty wydawane na zakup leków OTC przez ponad połowę badanych (54%) mieściły się w przedziale 10–50 zł miesięcznie. Badani najczęściej sięgali po preparaty przeciwbólowe dostępne bez recepty – 67,8%. Wykazano istotne statystyczne różnice między doraźnym przyjmowaniem leków przeciwbólowych a płcią. Kobiety znacznie częściej deklarowały doraźne przyjmowanie leków przeciwbólowych – 75% w porównaniu do mężczyzn – 55,7%.

Wnioski. 1. Stosowanie leków OTC jest zjawiskiem powszechnym. 2. Reklama w mediach wywiera duży wpływ na decyzję o ich zakupie. 3. Częste stosowanie leków przeciwbólowych dostępnych bez recepty wskazuje na konieczność dokładnego informowania pacjentów o ich potencjalnych działaniach niepożądanych.

Słowa kluczowe: leki OTC, lekarz rodzinny, pacjenci.

Summary Background. Available data clearly indicate the rising intake of over-the-counter (OTC) drugs in Poland. Most patients purchase these medicaments and use them without consulting their doctors.

Objectives. The aim of the given paper was to assess the phenomenon of taking OTC drugs among patients of GP practices.

Material and methods. Sample group included 261 persons. The average age of respondents was 48.2 ± 16.9 years. 67.1% of respondents lived in cities, and 32.9% lived in rural areas. 37.2% of respondents had higher education, 44.4% secondary education, 12.3% vocational education and 6.1% had primary education. The study was conducted by means of an original questionnaire.

Results. 96.2% of respondents admitted to buying over-the-counter drugs (OTC). 39.9% of persons included in the survey gained information about OTC drugs by asking pharmacists. 38.7% of respondents purchased a given medicament being influenced by an advertisement. In most cases (44.1% of respondents) efficacy of the given OTC drug was the factor determining the purchasing decision. 54% of people surveyed spent 10–50 PLN on OTC drugs per month. Analgesics were the most frequently used OTC drugs – 67.8% of respondents declared to use them. Significant statistical difference was shown between using analgesics on demand and sex. More women declared to use analgesics on demand – 75% in relation to men – 55.7%.

Conclusions. 1. Using OTC drugs is a common phenomenon. 2. Advertising plays an important role when making a decision whether to buy OTC drugs. 3. It is necessary to raise awareness of OTC drugs usage and to accurately inform patients about potential side effects of OTC drugs.

Key words: over-the-counter drugs, general practitioner, patients.

Wstęp

Leki OTC są to leki wydawane bez recepty lekarskiej. W ostatnich latach istotnie rośnie ich sprzedaż, a większość pacjentów stosuje je bez konsultacji z lekarzem, co zwiększa istotnie ryzyko wystąpienia działań niepożądanych.

Materiał i metody

Grupę badaną stanowiło 261 pacjentów Poradni Lekarza Rodzinnego (97 M i 164 K). Średnia wieku respondentów wynosiła $48,2 \pm 16,9$ lat. 67,1% badanych stanowili

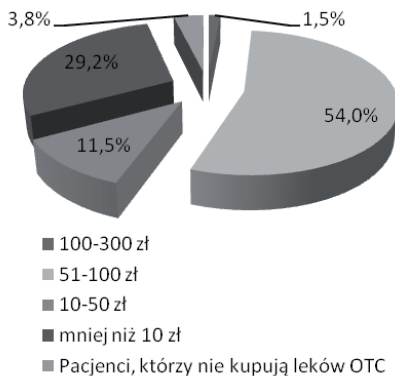
mieszkańcy miast, 32,9% – wsi. Wykształcenie wyższe posiadało 37,2% badanych, średnie – 44,4%, zawodowe – 12,3% i podstawowe – 6,1%. Analizy statystycznej dokonano za pomocą testów niezależności χ^2 , testu t-Studenta, analizy wariancji (ANOVA) oraz testu kolejności par Wilcoxon, za poziom istotności statystycznej przyjmując wartość $p < 0,05$.

Wyniki

Do zakupu leków OTC przyznało się 96,2% badanych (98,8% K oraz 91,8% M). Wykazano istotne statystyczne

różnice między zakupem leków bez recepty a płcią (χ^2 Pearsona: 8,17024; $df = 1$; $p = 0,004258$). Decyzję dotyczącą nabycia preparatów OTC respondenci najczęściej podejmowali po konsultacji z farmaceutą – 42,1% K i 29,9% M (χ^2 Pearsona: 28,5387; $df = 7$; $p = 0,000176$). Jedynie 25,3% badanych przyznało, że decyzję zakupu leków OTC konsultuje z lekarzem. Częściej decyzję zakupu leków wydawanych bez recepty konsultowały ze swoim lekarzem kobiety i mieszkańcy miast. Wykazano istotne statystyczne różnice między konsultacją zakupu leków z lekarzem a płcią badanych (χ^2 Pearsona: 10,9285; $df = 2$; $p = 0,004236$) i miejscem zamieszkania (χ^2 Pearsona: 12,6719; $df = 2$; $p = 0,001771$).

Miejscem, w którym respondenci najczęściej zaopatrywali się w leki OTC, była apteka – 95,8% badanych. Na pytanie dotyczące częstości zażywania leków OTC najczęściej udzielaną odpowiedzią była: „rzadziej niż raz w miesiącu” – 33,8%. Pacjenci kupując leki dostępne bez recepty najczęściej kierowali się: skutecznością ich działania – 44,1% oraz ceną – 14,3%. Kwoty wydawane na zakup leków OTC przedstawiono na ryc. 1.



Rycina 1. Miesięczne wydatki pacjentów na leki OTC

Wśród leków OTC badani najczęściej sięgali po preparaty przeciwbólowe – 67,8%. Wykazano istotne statystyczne różnice między doraźnym przyjmowaniem tych leków a płcią (χ^2 Pearsona: 10,4343; $df = 1$; $p = 0,001237$) – kobiety częściej deklarowały doraźne przyjmowanie leków przeciwbólowych – 75% w porównaniu do mężczyzn – 55,7%. Przed zastosowaniem preparatów OTC do przeczytania ulotki informacyjnej przyznało się 74,7% badanych. Wykazano istotne statystyczne różnice między czytaniem ulotki a płcią (χ^2 Pearsona: 13,5040; $df = 3$; $p = 0,003664$) – kobiety, które zawsze czytają ulotki – 80,5%, mężczyźni – 65,0%.

Wśród respondentów 8,1% badanych uważało, że stosuje zbyt dużą dawkę leków lub stosuje je zbyt często. 61,4% wszystkich badanych było zdania, że leki te niewłaściwie stosowane mogą szkodzić zdrowiu.

Piśmiennictwo

1. Roumie CL, Griffin MR. Over-the-counter analgesics in older adults: a call for improved labelling and consumer education. *Drugs Aging* 2004; 21(8): 485–498.
2. Chmiel-Perzyńska I, Derkacz M, Kowal A, i wsp. Rozpowszechnienie stosowania produktów OTC w praktyce lekarza rodzinnego. *Fam Med Prim Care Rev* 2010; 12(3): 604–608.
3. Hurwitz J, Sands S, Davis E, et al. Patient knowledge and use of acetaminophen in over-the-counter medications. *J Am Pharm Assoc* 2014; 1, 54(1): 19–26.
4. Ramlawi M, Marti C, Sarasin F. Paracetamol overdose. *Rev Med Suisse* 2013; 14, 9(394): 1478–1482.
5. Trivedi H, Trivedi A, Hannan MF. Readability and comprehensibility of over-the-counter medication labels. *Ren Fail* 2014 Jan 23 [Epub ahead of print].
6. Osborne CA, Luzac ML. Over-the-counter medicine use prior to and during hospitalisation. *Ann Pharmacother* 2005; 39(2): 268–273.

W opinii 9,6% badanych, reklama ma duże lub bardzo duże znaczenie wpływające na decyzję zakupu leków OTC. Jest to nieco zaskakujące, ponieważ aż 38,7% badanych przy zakupie leków kierowało się właśnie reklamą tych leków w mediach. W opinii 35,3% badanych reklamowanie leków dostępnych bez recepty powinno być całkowicie zabronione.

Dyskusja

Łatwa dostępność do leków OTC wiąże się często z postrzeganiem ich jako bezpieczniejszych w porównaniu z lekami wydawanymi na receptę, a co jest z tym związane – lekceważeniem zagrożeń wynikających z ich niewłaściwego stosowania. Leki reklamowane często jako „inteligentne” i bezpieczne mogą być nadużywane, przez co wzrasta ryzyko działań niepożądanych. Długotrwałe stosowanie leków przeciwbólowych może wywołać skutki uboczne, w tym krwawienia z przewodu pokarmowego, zaburzenia układu krążenia, zatrucia, uszkodzenie nerek czy uszkodzenie wątroby [1].

W porównaniu do badania dotyczącego stosowania leków OTC, które przeprowadzono w roku 2010, istotnie zwiększył się wpływ reklamy leków na ich zakup – obecnie 38,7% osób kupuje je pod wpływem reklamy w stosunku do 6,7% w 2010 roku [2]. Pacjenci często nie posiadają odpowiedniej wiedzy na temat ich działania i efektów niepożądanych.

Według niektórych badaczy, jedynie 17% osób zdaje sobie sprawę, że przedawkowanie paracetamolu może zakończyć się śmiercią, a 35% jest świadomych, że przyjmowanie tego leku w zbyt dużych dawkach może prowadzić do uszkodzenia wątroby [3, 4]. Wśród badanych przez nas osób odsetek pacjentów deklarujących czytanie ulotek informacyjnych jest wysoki. Jednak aż 38,6% osób nie zdawało sobie sprawy z potencjalnej szkodliwości tych leków. Coraz częściej podkreśla się problem związany ze złożonością języka stosowanego w ulotkach leków OTC, który często nie jest zrozumiały dla przeciętnego pacjenta [5].

Ponadto duża część lekarzy rodzinnych w swojej codziennej praktyce zapomina zadawać pacjentom pytania dotyczące stosowania przez nich leków z tej grupy, a w przypadku uzyskania informacji o ich stosowaniu, fakt ten jest rzadko odnotowywany w dokumentacji lekarskiej [6, 7].

Wnioski

1. Stosowanie leków OTC jest zjawiskiem powszechnym.
2. Reklama leków OTC w mediach wywiera coraz większy wpływ na decyzję o ich zakupie.
3. Dokładne informowanie pacjentów o potencjalnych działaniach niepożądanych leków OTC może zwiększyć bezpieczeństwo ich stosowania.

7. Francis SA, Barnett N, Denham M. Switching of prescription drugs to over-the-counter status: is it a good thing for the elderly? *Drug Aging* 2005; 22(5): 361–370.

Adres do korespondencji:
Dr n. med. Marek Derkacz
Katedra i Klinika Endokrynologii UM
ul. Jaczewskiego 8
20-954 Lublin
Tel.: 81 724-46-69
E-mail: marekderkacz@interia.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 17.02.2014 r.
Po recenzji: 1.04.2014 r.
Zaakceptowano do druku: 2.04.2014 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Stany zagrożenia życia i nagłe zachorowania w Polsce na podstawie biernego badania korelacyjnego porównującego bezpośrednio przyczyny wyjazdów ambulansów według przyczyn ICD-10: analiza head to head danych z WSPR Bydgoszcz vs. WSPR Konin

Case of emergency and sudden illness in Poland based on correlation descriptive study on cause ambulance service according to ICD-10: head to head analysis data from ambulance station Bydgoszcz vs. Konin

KRZYSZTOF DOBOSZ^{1,2,A-G}, PAWEŁ RAJEWSKI^{3,C-E}, ALEKSANDRA HARAT^{4,C-E}, MARCIN PODLEŚNY^{2,C-E}, ALICJA SZOŁNA-CHODÓR^{5,C-E}, MACIEJ BOSEK^{5,C-E}, MACIEJ HARAT^{6,C-E}, PIOTR RAJEWSKI^{7,C-E}

¹ Poradnia Ogólna Przychodni Rejonowej NZOZ „Ogrody” w Bydgoszczy

² Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Bydgoszczy

³ Katedra Chorób Zakaźnych i Hepatologii Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK, Wojewódzki Szpital Obserwacyjno-Zakaźny w Bydgoszczy

⁴ Zakład Medycyny Zapobiegawczej i Zdrowia Środowiskowego Katedry Zdrowia Publicznego Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK

⁵ Katedra Biofizyki Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK

⁶ Katedra i Klinika Onkologii i Brachyterapii Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK, Centrum Onkologii Bydgoszcz – Fordon

⁷ Katedra i Klinika Neurologii Collegium Medicum w Bydgoszczy, UMK, Szpital Uniwersytecki 1 im. dr. Antoniego Jurasza

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie **Wstęp.** W stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia do pierwszego kontaktu między pacjentem a systemem opieki zdrowotnej dochodzi w pogotowiu ratunkowym.

Cel pracy. Określenie najczęstszych przyczyn wzywania pogotowia ratunkowego według klasyfikacji ICD-10.

Materiał i metody. Opis zgodnie z ICD-10 przyczyn interwencji zespołów PR (pogotowia ratunkowego) na podstawie danych Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego (WSPR) z Bydgoszczy i z Konina, które pracują na tym samym systemie teleinformatycznym wspomagającym zarządzanie zasobami PR.

Wyniki. Procentowa struktura wyjazdów PR: „R” 23,91–37,61 (średnio 30), „I” 15,34–23,81 (nieco ponad 20), „S–T” 18,77–21,80 (ok. 20), zaś najrzadziej (< 1%): „A”, „B”, „C”, „D”, „H”, „L”, „M”, „P”, „Q” oraz „V”.

Wnioski. 1. Struktura interwencji w poszczególnych stacjach PR jest do siebie podobna. 2. Według ICD-10, najczęstszą przyczyną interwencji zespołów wyjazdowych PR są rozpoznania „R” (prawie 30%), następnie „I” (ponad 20%) oraz „S–T” (ok. 20%). 3. Najrzadsze (< 1%) przyczyny według klasyfikacji ICD-10 to: „A”, „B”, „C”, „D”, „H”, „L”, „M”, „P”, „Q” oraz „V”.

Słowa kluczowe: stany zagrożenia życia i nagłe zachorowanie, biofizyka i biostatystyka, biernie badanie korelacyjne i porównanie bezpośrednio, pogotowie ratunkowe, dane podstawowe i statystyka w pogotowiu ratunkowym, inżynieria procesów informatycznych i nowoczesne technologie w medycynie.

Summary **Background.** In case of emergency or sudden illness the first contact of patients with health care system takes place in emergency ambulance service.

Objectives. The authors determined the most common causes of emergency calls according to ICD-10.

Material and methods. The authors described causes of intervention according to ICD-10 based on data from WSPR (regional centre of emergency medical service in Poland) from Bydgoszcz and Konin, which use one IT system – a new idea system to support lead ambulances.

Results. Percent structure of emergency medical intervention according to ICD-10 is as follows: „R” 23.91–37.61 (on average 30), „I” 15.34–23.81 (slightly above 20), „S–T” 18.77–21.80 (around 20), and least often (< 1%): „A”, „B”, „C”, „D”, „H”, „L”, „M”, „P”, „Q”, and „V”.

Conclusions. Structure of emergency medical intervention in different PR station is similar. The most frequent cause of accidents are „I”, next „R” and „S–T”, and rarely: „A”, „B”, „C”, „D”, „H”, „L”, „M”, „P”, „Q” and „V”.

Key words: emergency and sudden illness, biophysics & biostatistics, correlation descriptive study & head to head analysis, emergency ambulance service, emergency medical services, statistics & numerical data, informatics processes engineering & IT.

Wstęp

Naczelnym zadaniem pogotowia ratunkowego (PR) jest niesienie pierwszej pomocy w stanach nagłego zagrożenia zdrowia i życia [1]. Ponadto PR prowadzi ambulatoria, zapewnia transport chorych, wykonuje działalność edukacyjno-szkoleniową i inne aktywności, zgodnie z ustawą o państwowym ratownictwie medycznym. W celu optymalizacji swojej działalności w 2008 r. wprowadzono autorski program informatyczny [2–4]: Bydgoski System Wspomagania Dowodzenia (BSWD), który wspomaga bieżącą działalność pogotowia ratunkowego i znamiennie ją usprawnia [5]. Obecnie ten rdzenie polski program komputerowy jest wdrażany przez inne stacje pogotowia na terenie naszego kraju.

Materiał i metody

Scharakteryzowano funkcjonowanie modelu PRM w Bydgoszczy [1] po wprowadzeniu BSWD na podstawie danych Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego (WSPR) [2, 5]. Zgromadzono dane (za rok 2010) dotyczące przyczyn interwencji zespołów ratownictwa medycznego. Do dalszej oceny pozostawiono tylko te, które zakończyły się przewiezieniem pacjenta w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia do Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych (SOR). Uzyskane dane dotyczące przyczyn transportu na SOR uzyskano z WSPR w Bydgoszczy, a następnie porównano z analogicznymi parametrami w WSPR w Koninie, zgodnie z klasyfikacją ICD-10.

Cel pracy

Ostatecznymi celami pracy było określenie najczęstszych przyczyn wzywania zespołów wyjazdowych pogotowia ratunkowego na miejsce zdarzenia medycznego według klasyfikacji ICD-10.

Wyniki

Bydgoski System Wspomagania Dowodzenia (BSWD) jest modułowym oprogramowaniem globalnie wspomagającym działalność WSPR. System tworzono w oparciu o anglosaskie, niemieckie i amerykańskie doświadczenia, uwzględniając lokalne uwarunkowania i praktyczne doświadczenie WSPR [3, 6–8].

Tabela 1. Najczęstsze (> 1%) przyczyny wyjazdów ambulansów ratownictwa medycznego

ICD-10	Bydgoszcz	Konin
E	1,89%	2,99%
F	5,27%	4,48%
G	4,71%	8,34%
I	15,34%	23,81%
J	5,58%	6,39%
K	1,34%	3,13%
N	1,79%	2,41%
O	1,42%	1,68%
R	37,61%	23,91%
S	16,82%	13,32%
T	5,08%	5,45%
Y	1,28%	0,64%
Suma	98,13%	96,55%

W tabeli 1 zaprezentowano zbiorczo 12 najczęstszych (> 1%) przyczyn (według klasyfikacji ICD-10) interwencji zespołów pogotowia ratunkowego w Bydgoszczy i w Koninie w roku 2010.

W tabeli 2 przedstawiono charakterystykę najrzadszych (< 1%) przyczyn wyjazdów ambulansów ratownictwa medycznego w 2010 roku z uwzględnieniem kodów ICD-10 jako procent wszystkich wyjazdów.

Tabela 2. Najrzadsze (< 1%) przyczyny wyjazdów ambulansów ratownictwa medycznego

ICD-10	Bydgoszcz	Konin
A	0,09%	0,28%
B	0,05%	0,06%
C	0,79%	1,65%
D	0,07%	0,15%
H	0,04%	0,1%
L	0,2%	0,19%
M	0,48%	0,73%
P	0,02%	0,01%
Q	0,01%	0,02%
V	0,12%	0,26%
Suma	1,87%	3,45%

Dyskusja

Struktura przyczyn interwencji zespołów pogotowia ratunkowego w Bydgoszczy i w Koninie jest do siebie podobna.

Szczegółowego omówienia wymaga jednak różnica w grupie rozpoznania „I” (choroby układu krążenia) oraz „R” (objawy, cechy chorobowe i nieprawidłowe wyniki badań). W Bydgoszczy, w porównaniu do danych z WSPR w Koninie, mniej jest „I” (15,34% vs. 23,81%), zaś więcej „R” (37,61% vs. 23,91%), ale ich suma jest do siebie zbliżona (52,95% vs. 47,72%). Wynika to z dwóch głównych przyczyn. Z jednej strony grupa rozpoznania „R” według klasyfikacji ICD-10 jest bardzo różnorodna, obejmując szeroką symptomatologię od bólu w klatce piersiowej i gardle (R07) oraz od nieprawidłowego wyniku pomiaru ciśnienia tętniczego krwi (R03), po bóle w okolicy brzucha i miednicy (R10), omdlenie i zapadnięcie (R55), nagłą śmierć z nieznaną przyczyną (R96), zawroty głowy i odurzenie (R42), objawy i oznaki chorobowe dotyczące stanu emocjonalnego (R45) czy ból głowy (R51). Po drugie ambulanse WSPR w Bydgoszczy wyposażone są w telemetryczny przesył zapisu EKG, który za pomocą programu BSWD został sprzężony z ośrodkiem pełniącym całonocowo dyżur koronarograficzny (I Klinika Kardiologii CM UMK w Szpitalu Klinicznym im. Jurasza w Bydgoszczy), co spowodowało bardziej dokładne postawienie wstępnego rozpoznania i na jego podstawie triage pacjentów (wymagających pilnych działań kardiologii inwazyjnej) już na poziomie karetki pogotowia ratunkowego.

Drugą pod względem częstości przyczyną interwencji zespołów pogotowia ratunkowego są zewnętrzne przyczyny zachorowania. Grupa rozpoznania „S” i „T” według ICD-10 jest bardzo heterogenna i obejmuje m.in. różnego rodzaju złamania, zwichnięcia, stłuczenia, naderwania, wszelkiego rodzaju inne urazy mięśni, ścięgien, stawów, nerwów, naczyń krwionośnych, urazy zmiżdżeniowe, utkwienie ciał obcych, oparzenia termiczne i chemiczne, zatrucia lekami, narkotykami, środkami psychodysleptycznymi, ciężkimi metalami, alkoholem metylowym i w szczególności etylo- wym i inne. Łączna liczba wyjazdów ambulansów z powodów opisanych diagnozami wstępnymi „S” i „T” w Bydgoszczy i w Koninie jest do siebie podobna (odpowiednio: 21,90% vs. 19,27%).

Wnioski

1. Struktura interwencji w poszczególnych stacjach PR jest do siebie podobna.
2. Według ICD-10, najczęstszą przyczyną interwencji zespołów wyjazdowych PR są rozpoznania „R” (prawie 30%), następnie „I” (ponad 20%) oraz zewnętrzne przyczyny „S” oraz „T” (około 20%).
3. Najrzadszymi (< 1%) przyczynami interwencji zespołów wyjazdowych PR według klasyfikacji ICD-10 są: „A”, „B”, „C”, „D”, „H”, „L”, „M”, „P”, „Q” oraz „V”.

Piśmiennictwo

1. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym z późn. zm, <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m491&ms=0&ml=pl&mi=56&mx=0&mt=&my=56&ma=07145>.
2. Susło R, Trnka J, Drobnik J, i wsp. Specyfika stosowania systemów informatycznych w działalności usługowej, naukowej i dydaktycznej instytucji medycznych. *Fam Med Prim Care Rev* 2008; 10(3): 696–699.
3. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving performance. WHO 2000.
4. Sasaki S, Comber AJ, Suzuki H, et al. Using genetic algorithms to optimize current and future health planning – the example of ambulance locations. *Internat J Health Geograph* 2010; 9: 4–9.
5. Dobosz K, Podleśny M, Rzepecki M, i wsp. Wpływ Bydgoskiego Systemu Wspomagania Dowodzenia na efektywność karetek pogotowia ratunkowego – retrospektywna ewaluacja 2008–2010. *Fam Med Prim Care Rev* 2013; 15(3): 312–314.
6. Heath G, Radcliffe J. Performance measurement and the english ambulance service. *Public Money & Management* 2007; 6: 223–227.
7. Ingolfsson A, Budge S. Optimal ambulance location with random delays and travel times. *Health Care Manage Sci* 2008; 11: 262–274.
8. Norum J, Elsbak T. Air ambulance services In the Arctic 1999–2009: a Norwegian study. *Internat J Emerg Med* 2011; 4: 1.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Krzysztof Dobosz.

Przychodnia Rejonowa „Ogrody”

ul. Ogrody 21

85-870 Bydgoszcz

Tel./fax: 52 361-07-21, 501 519-717

E-mail: doboszkrysztof@wp.pl

Kontakt w sprawie BSWD:

sekretariat@pogotowie.bydgoszcz.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 16.02.2014 r.

Po recenzji: 10.04.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 11.04.2014 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Polipragmazja – istotny problem w codziennej praktyce lekarskiej

Polypharmacy – an important problem in daily medical practice

MARTA DUDZIŃSKA^{1, A-F}, AGNIESZKA ZWOLAK^{2, D, E}, MONIKA NEĆ^{1, B}, MARIA KUROWSKA^{1, D, E}, JOANNA MALICKA^{1, B, D}, AGATA SMOLEŃ^{3, C}, MARIUSZ KOWALCZYK^{1, B}, JERZY S. TARACH^{1, A}¹ Klinika Endokrynologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie² Katedra Interny z Zakładem Pielęgniarstwa Internistycznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie³ Zakład Matematyki i Biostatystyki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

A – przygotowanie projektu badania, B – zbieranie danych, C – analiza statystyczna, D – interpretacja danych, E – przygotowanie maszynopisu, F – opracowanie piśmiennictwa, G – pozyskanie funduszy

Streszczenie Wstęp. Polipragmazja, czyli stosowanie jednocześnie wielu leków, wiąże się ze zwiększonym ryzykiem interakcji lekowych i zmniejsza szanse na stosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich.**Cel pracy.** Ocena zjawiska polipragmazji wśród pacjentów.**Materiał i metody.** Badaniem objęto 100 osób (68 K i 32 M) w wieku od 17 do 84 lat (średnio 50,1 ± 16,9 lat). Zastosowano metodę autorskiego kwestionariusza ankiety.**Wyniki.** 87% pacjentów było leczonych z powodu chorób przewlekłych, z czego 21% przyjmowało leki w jednej dawce dobowej, 28% – 2 razy dziennie, a 27% – w 3 dawkach podzielonych w ciągu doby, a w odniesieniu do liczby tabletek: rano – od 1 do 10, okołopołudniowo – od 1 do 6, w porze wieczornej – od 1 do 10 tabletek codziennie. 20% badanych uznała, że przyjmują zbyt dużo leków, dla 77% z nich sposób leczenia był do zaakceptowania. 81% respondentów przyznaje, iż przyjmują także preparaty wydawane bez recepty OTC, a wśród tych osób przeważają kobiety.**Wnioski.** Liczba leków przyjmowanych przez pacjentów jest niejednokrotnie zbyt duża. Zadaniem lekarza jest dążenie do uproszczenia terapii, branie pod uwagę możliwości przyjmowanie leków dostępnych bez recepty oraz zachowanie czujności pod kątem możliwych działań niepożądanych zalecanego leczenia.**Słowa kluczowe:** polipragmazja, farmakoterapia, interakcje lekowe.**Summary Background.** Polypharmacy, which is the simultaneous use of multiple medications, is associated with increased risk of drug interactions and reduces the chances of the patient's compliance.**Objectives.** The aim of the study was to evaluate the phenomenon of polypharmacy among patients.**Material and methods.** The study included 100 subjects (68 women and 32 men) at age between 17 and 84 years old (50.1 ± 16.9 on average). A method of proprietary questionnaire was used.**Results.** 87% of patients were treated for chronic diseases, of which 21% took medications in one daily dose, 28% 2 times a day, and 27% in 3 divided doses a day and in relation to the number of pills taken each day: 1 to 10 in the morning, 1 to 6 around midday and 1 to 10 in the evening. 20% of respondents claimed that they take too much medication and 77% of them accepted the method of treatment. 81% of respondents admit that they also take the OTC drugs, among those people women are predominant.**Conclusions.** Number of medications taken by patients is often too large. The task of a doctor is to seek to simplify a therapy, taking into account the possibility of taking medication without a prescription and being aware of possible side effects of the recommended treatment.**Key words:** polypharmacy, pharmacotherapy, drug interactions.

Wstęp

Polipragmazja, czyli równoczesne stosowanie wielu leków, jest najczęściej skutkiem leczenia poszczególnych schorzeń pacjenta przez kilku lekarzy, co nie zawsze jest procesem skoordynowanym. Problem potęguje dodatkowe przyjmowanie przez pacjentów leków wydawanych bez recepty (OTC). Polipragmazja zwiększa ryzyko niekorzystnych interakcji lekowych, wynikających z właściwości farmakodynamicznych i metabolizmu leków. Ryzyko to jest zwiększone szczególnie u pacjentów leczonych z powodu arytmii, padaczki, zespołu parkinsonowskiego oraz zespołów bólowych [1]. Ponadto stosowanie wielu leków jednocześnie, w kilku dawkach dobowych, zwiększa ryzyko odstępstwa od zaleceń lekarskich, a także niejednokrotnie zwiększa koszty leczenia.

Cel pracy

Celem badania była ocena zjawiska polipragmazji wśród pacjentów.

Materiał i metody

Badaniem objęto 100 osób (68 K i 32 M) w wieku od 17 do 84 lat (średnio 50,1 ± 16,9 lat) hospitalizowanych w Klinice Endokrynologii UM lub leczonych w poradniach Polikliniki SPSK4 w Lublinie. W badaniu zastosowano metodę autorskiego kwestionariusza ankiety audytoryjnej, składającej się z 14 pytań. Wypełnienie ankiety miało charakter anonimowy i dobrowolny. Badani pacjenci byli w 35% mieszkańcami miast > 100 tys. mieszkańców (n = 32), w 33% – mieszkańcami mniejszych miast (n = 33), a w 32% – mieszkańcami wsi (n = 32). W badanej populacji

32% osób deklarowało wykształcenie wyższe ($n = 32$), 44% – średnie ($n = 44$), 14% – zawodowe ($n = 14$), natomiast 10% – wykształcenie podstawowe ($n = 10$).

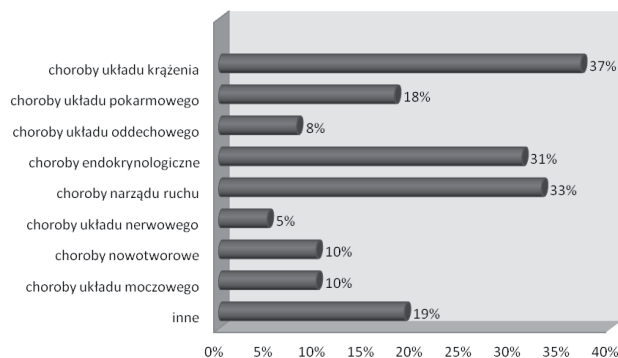
Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej. Wartości analizowanych parametrów mierzonych w skali nominalnej scharakteryzowano za pomocą licznosci i odsetka. Do wykrycia istnienia różnic lub zależności zastosowano test niezależności χ^2 , przyjęto 5% błąd wnioskowania. Analizy statystyczne przeprowadzono z wykorzystaniem oprogramowania komputerowego STATISTICA V 10.0 (StatSoft, Polska).

Wyniki

W badanej grupie 87% ($n = 87$) osób było leczonych z powodu chorób przewlekłych, których charakterystykę przedstawiono na rycinie 1. Badani pacjenci przyjmowali szereg leków w różnych schematach dobowych, przedstawionych na rycinie 2. Blisko 1/3 badanej populacji przyjmowała leki 3 razy dziennie. Zapytano pacjentów o liczbę przyjmowanych tabletek – co zobrazowano na rycinie 3. Badani deklarowali, iż np. rano powinni przyjąć od 1 tabletki (w przypadku 24% badanych) do aż 10 tabletek (w przypadku 5% badanych), do 6 tabletek – w porze okołopołudniowej oraz do 10 tabletek – w porze wieczornej. W opinii pacjentów liczba leków przez nich przyjmowana jest dla 20% zbyt duża (w tej grupie zaobserwowano przewagę osób > 40. roku życia, $p = 0,02$), w przypadku 77% – do zaakceptowania. 69% ankietowanych deklarowało obowiązkowe okazywanie lekarzowi w trakcie wizyty listy aktualnie przyjmowanych leków, 16% czyni to tylko na prośbę lekarza, a 11% – sporadycznie. Dodatkowo w 81% przypadków pacjenci przyznają, iż oprócz leków zalecanych przez lekarza przyjmują także szereg preparatów dostępnych bez recepty (OTC), z czego 24% robi to często, a 57% – czasami. Wśród tych osób przeważają kobiety (88,2% kobiet; $n = 60$ vs. 65,6% mężczyzn; $n = 21$; $p = 0,01$).

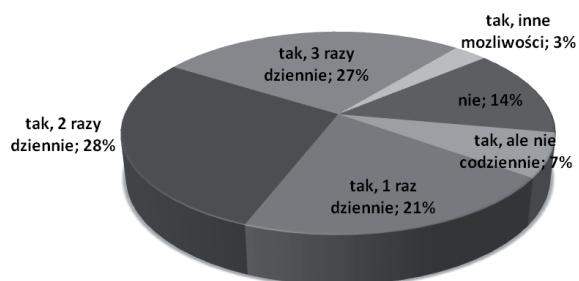
Farmaceutykami OTC były przeważnie leki przeciwbólowe i przeciwzapalne (55%), po które wyraźnie częściej sięgają respondenci (69,1%; $n = 47$ vs. 25% mężczyzn; $n = 8$; $p < 0,001$). Drugą grupą substancji OTC stosowanych także częściej przez kobiety (48,5%; $n = 33$ vs. 18,7% wśród mężczyzn; $n = 6$; $p = 0,004$) są preparaty witaminowe (39%). Zdecydowana większość pacjentów (81%) przyjmuje leki samodzielnie, w tej grupie przeważają osoby

z wykształceniem średnim (86,4% tej grupy, $n = 38$) oraz wyższym (84,4% tej populacji, $n = 27$), w porównaniu do 60% osób z wykształceniem podstawowym ($n = 6$, $p = 0,05$). Pozostałych 19% wymaga w tym zakresie pomocy osób drugich, z czego 15% – okresowo, a 4% – stale.



Rycina 1. Choroby przewlekłe w badanej populacji pacjentów¹

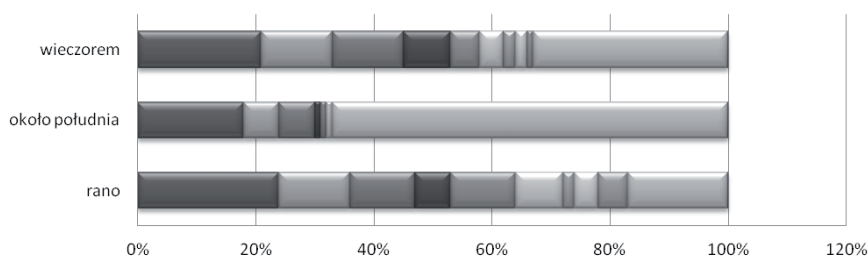
¹Wartości procentowe nie sumują się do 100% z uwagi na możliwość współwystępowania kilku jednostek chorobowych u jednego pacjenta.



Rycina 2. Czy przyjmuje Pan/Pani leki zalecane przez lekarza (tzw. na receptę)

Dyskusja

Badana grupa pacjentów obejmowała w większości osoby chore przewlekłe, wymagające ciągłego i częstego



	rano	około południa	wieczorem
1	24%	18%	21%
2	12%	6%	12%
3	11%	6%	12%
4	6%	1%	8%
5	11%	1%	5%
6	8%	1%	4%
7	2%	0%	2%
8	4%	0%	2%
9	0%	0%	0%
10	5%	0%	1%
0	17%	67%	33%

Rycina 3. Liczba przyjmowanych tabletek w zalecanych schematach leczenia

w ciągu dnia przyjmowania farmaceutyków. Liczba tabletek zaordynowanych pacjentom sięgała maksymalnie od kilkunastu do kilkudziesięciu na dobę. Podobne obserwacje przedstawiono w opracowaniach innych autorów [2]. Problem potęguje przyjmowanie leków OTC, co deklaroowało większość badanych, głównie kobiety. Zbliżone wyniki przedstawiono także w opracowaniu Bażydło i wsp. [3]. Koordynacja ww. leczenia wymaga w wielu przypadkach niezwykle zaangażowania pacjenta, a niejednokrotnie także innych osób. Wśród osób przewlekle chorych skomplikowane schematy leczenia nie budzą zdziwienia, pacjenci poddają się leczeniu, które w założeniu ma im pomóc. Niemniej jednak, patrząc na problem z perspektywy lekarza, warto byłoby się zastanowić nad zasadnością ordynacji tak dużej liczby leków, których przyjmowanie niesie za sobą ryzyko nie tylko skutków ubocznych czy interakcji, ale także niebezpieczeństwo zatrucia lekami, rosnące wraz z wiekiem pacjenta. Odrębnym, niebudzącym wątpliwości zagadnieniem, jest polifarmakoterapia, czyli równoczesne stosowanie wielu leków przypisanych celowo z właściwych wskazań, a wynikające z konieczności terapii licznych dysfunkcji organizmu. Właściwy przepływ informacji między różnymi lekarzami leczącymi chorego oraz pacjentem ma w tym zakresie znaczenie kluczowe [1]. W diskutowanym

problemie niezwykle istotna jest rola lekarza rodzinnego, mającego najczęstszy kontakt z chorym i niejednokrotnie pełniącego funkcję koordynatora stosowanego u pacjenta leczenia.

Przedstawione opracowanie ma charakter poglądowy i ma na celu zwrócenie uwagi Czytelnika na problem stosowania wielu leków jednocześnie. Dokładna ocena zjawiska polipragmazji z analizą potencjalnych interakcji lekowych przekracza ramy badania ankietowego i wymaga dokładnej analizy każdego przypadku, co jest wyzwaniem dla autorów na przyszłość.

Wnioski

1. Liczba równocześnie przyjmowanych przez pacjentów leków jest niejednokrotnie zbyt duża.
2. Pewnym rozwiązaniem może być tu stosowanie preparatów złożonych oraz długodziałających.
3. Zadaniem lekarza jest dążenie do uproszczenia terapii, uwzględnienie możliwości przyjmowania przez chorego leków dostępnych bez recepty oraz zachowanie czujności pod kątem możliwych działań niepożądanych zalecanego leczenia.

Piśmiennictwo

1. Sobów T. Niebezpieczeństwa polipragmazji w neurologii. *Post Nauk Med* 2010; 6: 483–491.
2. Chmiel-Perzyńska I, Derkacz M, Kowal A, i wsp. Jak pacjenci przyjmują leki? *Fam Med Prim Care Rev* 2010; 12(2): 146–148.
3. Bażydło M, Żułtak-Bączkowska K, Zaremba-Pechmann L, i wsp. Analiza stosowania leków OTC bez konsultacji z lekarzem w poszczególnych grupach wiekowych oraz ocena zapotrzebowania na edukację zdrowotną w tym zakresie. *Fam Med Prim Care Rev* 2010; 12(2): 127–130.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Marta Dudzińska

Klinika Endokrynologii UM

ul. Jaczewskiego 8

20-954 Lublin

Tel.: 81 724-46-68

E-mail: dudzinskamail@gmail.com

Praca wpłynęła do Redakcji: 14.02.2014 r.

Po recenzji: 8.04.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 9.04.2014 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Zakażenia układu moczowo-płciowego oraz spojówek
Chlamydia trachomatis u dorosłych i dzieci w latach 2012–2013*Chlamydia trachomatis* infections of the genitourinary tract and conjunctiva
in adults and children in 2012–2013MAGDALENA FREJ-MĄDRZAK^{D,F}, DOROTA TERYKS-WOŁYNYEC^{B,D}, AGNIESZKA JAMA-KMIECIK^{D,F},
JOLANTA SAROWSKA^{B,F}, GRAŻYNA GOŚCINIAK^F, IRENA CHOROSZY-KRÓL^{A,G}

Zakład Nauk Podstawowych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

A – przygotowanie projektu badania, B – zbieranie danych, C – analiza statystyczna, D – interpretacja danych,
E – przygotowanie maszynopisu, F – opracowanie piśmiennictwa, G – pozyskanie funduszy**Streszczenie** **Wstęp.** *Chlamydia trachomatis* jest jednym z czynników etiologicznych chorób układu moczowo-płciowego oraz spojówek.**Cel pracy.** Ocena częstości udziału *C. trachomatis* w stanach zapalnych narządów moczowo-płciowych i spojówek u pacjentów z regionu Dolnego Śląska w latach 2012–2013.**Materiał i metody.** Badania w kierunku *C. trachomatis* wykonano u 1967 osób dorosłych (18–90 lat), w tym 977 kobiet i 990 mężczyzn i 55 dzieci (0–17 lat), w tym 31 dziewczynek i 24 chłopców. Materiałem do badań u dorosłych były wymazy z cewki moczowej ($n = 1351$), kanału szyjki macicy ($n = 242$), worka spojówkowego ($n = 374$) oraz odbytu ($n = 10$). Materiałem do badań u dzieci były wymazy z cewki moczowej ($n = 11$), worka spojówkowego ($n = 33$) oraz gardła ($n = 11$). W diagnostyce chlamydii użyto testu immunofluorescencji bezpośredniej (*direct immunofluorescence* – DIF).**Wyniki.** W grupie badanych kobiet wyniki dodatnie stwierdzono u 3,7% w wymazach z szyjki macicy, z cewki moczowej u 10,6% oraz z worka spojówkowego u 0,8%. U mężczyzn stwierdzono 28,4% wyników dodatnich w wymazach z cewki moczowej oraz u 1,5% z worków spojówkowych. U dzieci stwierdzono tylko jeden wynik dodatni z wymazu z gardła u chłopca, jako zakażenie okołoporodowe.**Wnioski.** Zakażenie układu moczowo-płciowego wywołane przez *C. trachomatis* częściej obserwowano u mężczyzn niż u kobiet, natomiast niski odsetek zakażeń przy badaniu wymazów z worków spojówkowych stwierdzono u obu płci.**Słowa kluczowe:** *Chlamydia trachomatis*, układ moczowo-płciowy, DIF.**Summary** **Background.** *Chlamydia trachomatis* is one of the etiological factors of many illnesses of the genitourinary tract and conjunctiva.**Objectives.** The estimation of frequency of *C. trachomatis* in the inflammation of the genitourinary tract and conjunctiva amongst the patients from Lower Silesia region in the 2012–2013.**Material and methods.** *C. trachomatis* tests were done on a group of 1967 adults (18–90 years old) amongst which 977 were women, 990 were men and 55 children (0–17 years old), amongst which 31 were girls and 24 were boys. The subject of the examination was the urethra smear ($n = 1351$), the cervix ($n = 242$), the conjunctival sacs ($n = 374$) and the anus ($n = 10$). The subject of the examination amongst children were the smears from the urethra ($n = 11$), the conjunctival sacs ($n = 33$) and the throat ($n = 11$). In the diagnosis of chlamydia the direct immunofluorescence test was used.**Results.** Amongst the examined group of women positive results were ascertained in the 3.7% of the smears taken from the cervix, 10.6% of the urethra and 0.8% of the conjunctival sacs. Amongst the examined group of men positive results were ascertained in the 28.4% smears of the urethra and 1.5% of the conjunctival sacs. Amongst the examined group of children only one positive result was ascertained in the throat smear of a boy as a perinatal infection.**Conclusions.** *C. trachomatis* causes infection of the genitourinary system more frequently amongst men. Low percentage of saccus conjunctivae infections was noticed amongst men and women.**Key words:** *Chlamydia trachomatis*, genitourinary system, DIF.

Wstęp

Chlamydia trachomatis (*C. trachomatis*) jest jednym z najbardziej rozpowszechnionych na świecie patogenów, głównie przenoszonych drogą płciową [1]. Zwykle zakażenie następuje przez bezpośredni kontakt śluzówek podczas zbliżeń seksualnych albo narodzin. Rzadziej do zakażenia dochodzi przez kontakt z materiałami zakażonymi, lewatywę lub akcesoria erotyczne. U 90% kobiet zakażenie może przebiegać bezobjawowo. Objawy kliniczne towarzyszące zakażeniom *C. trachomatis* układu moczowo-płciowego u kobiet to: upławy, krwawienie kontaktowe, słabo zróżnicowany ból brzucha lub ból w podbrzuszu, śluzowo-surowicza wydzielina z szyjki macicy, kruchość szyjki ma-

cicy, obrzęk szyjki macicy, wrzody kanału szyjki macicy, plamienie z dróg rodnych lub bolesne oddawanie moczu. Zakażenia chlamydiami mogą mieć postać zapalenia szyjki macicy, zapalenie cewki moczowej i/lub narządów miednicy mniejszej (PID) oraz odbytnicy. Chlamydioza u ponad 50% mężczyzn przebiega bezobjawowo lub ma podobny przebieg do gonokokowego zapalenia cewki moczowej. Inne postaci kliniczne infekcji *C. trachomatis* to: zapalenie najądrza i/lub odbytnicy. Objawy towarzyszące chlamydialnej infekcji u mężczyzn to: wodnisty wyciek z cewki moczowej, pieczenie podczas mikcji oraz podrażnienie szczytu prącia. U dorosłych może dochodzić do zakażenia spojówek na drodze autoinfekcji, przez przeniesienie nabłonka z dróg moczowo-płciowych, powodując zapalenie

spojówek. Do zakażenia noworodków dochodzi przez zakażony kanał rodny, może rozwijać się zapalenie spojówek i/lub śródmiąższowe zapalenie płuc [2, 3].

Cel pracy

Celem pracy była analiza częstości udziału *C. trachomatis* w stanach zapalnych narządów moczowo-płciowych i spojówek u pacjentów z regionu Dolnego Śląska w latach 2012–2013.

Materiał i metody

Materiałem do badań u dorosłych były wymazy z cewki moczowej ($n = 1351$), kanału szyjki macicy ($n = 242$), worka spojówkowego ($n = 374$) oraz odbytu ($n = 10$). Materiałem do badań u dzieci były wymazy z cewki moczowej ($n = 11$), worka spojówkowego ($n = 33$) oraz gardła ($n = 11$) pobierane w celu zdiagnozowania zakażeń okołoporodowych. Badania w kierunku *C. trachomatis* wykonano u 1967 osób dorosłych (18–90 lat), w tym 977 kobiet i 990 mężczyzn i 55 dzieci (0–17 lat), w tym 31 dziewczynek i 24 chłopców. Pacjenci zgłaszali się na badania w kierunku *C. trachomatis* z dolegliwościami ze strony układu moczowo-płciowego lub oczu. Najczęstszymi objawami klinicznymi były: ból, pieczenie, wydzielina, świąd, stany zapalne i bóle stawów. Część pacjentów w wywiadzie nie zgłaszała żadnych dolegliwości; a badania miały charakter profilaktyczny. W diagnostyce chlamydii użyto testu immunofluorescencji bezpośredniej Pathfinder®*Chlamydia trachomatis* Direct Specimen, firmy Biorad.

Wyniki

Tabela 1. Wyniki dodatnie u kobiet badane testem DIF w poszczególnych grupach wiekowych

Grupa wiekowa w latach	Wyniki dodatnie DIF u kobiet		
	Wymazy z szyjki macicy [%]	Wymazy z cewki moczowej [%]	Wymazy z worka spojówkowego [%]
18–30 ($n = 255$)	4/109 [3,7]	6/118 [5,1]	1/28 [3,6]
31–40 ($n = 219$)	3/86 [3,5]	10/101 [9,9]	0/32 [0,0]
41–50 ($n = 111$)	1/22 [4,5]	5/63 [7,9]	0/26 [0,0]
51–60 ($n = 187$)	1/17 [5,9]	19/107 [17,8]	0/63 [0,0]
61–99 ($n = 205$)	0/8 [0,0]	12/102 [11,8]	1/95 [1,1]

Spośród badanych dorosłych ($n = 1967$) wynik dodatni badań w kierunku *C. trachomatis* stwierdzono u 15,7% pacjentów. W grupie badanej dzieci ($n = 55$) wynik dodatni stwierdzono u 1,8% chorych. W grupie kobiet ($n = 977$) zbadano: 242 wymazy z szyjki macicy, z czego 3,7% oceniono, jako dodatnie; 491 wymazy z cewki moczowej, wśród których było 10,6% dodatnich oraz 244 wymazy

z worka spojówkowego, gdzie 0,8% było dodatnich. W grupie mężczyzn ($n = 990$) stwierdzono 28,4% wyników dodatnich w wymazach z cewki moczowej ($n = 860$) oraz 1,5% w wymazach z worka spojówkowego ($n = 130$). U dzieci ($n = 55$) zbadano 33 wymazy z oka, 10 wymazów z gardła oraz 11 wymazów z cewki moczowej, stwierdzono tylko jeden wynik dodatni wymazu z gardła (1,8%). Szczegółowe wyniki w danych grupach wiekowych dorosłych przedstawiono w tabelach 1 i 2. Przebadano 10 wymazów z odbytu (7 u kobiet i 3 u mężczyzn), wśród których tylko jeden wymaz od mężczyzny był dodatni, natomiast u kobiet nie stwierdzono wyników dodatnich. Wyniki interpretowano zgodnie z zaleceniami producenta testu.

Tabela 2. Wyniki dodatnie u mężczyzn badane testem DIF w poszczególnych grupach wiekowych

Grupa wiekowa w latach	Wyniki dodatnie DIF u mężczyzn	
	Wymazy z cewki moczowej [%]	Wymazy z worka spojówkowego [%]
18–30 ($n = 261$)	64/230 [27,8]	2/29 [6,5]
31–40 ($n = 261$)	72/234 [30,8]	0/27 [0,0]
41–50 ($n = 111$)	24/90 [26,7]	0/21 [0,0]
51–60 ($n = 183$)	42/159 [26,4]	0/24 [0,0]
61–99 ($n = 174$)	42/147 [28,6]	0/27 [0,0]

Dyskusja

W latach 2012–2013 w wymazach z cewki moczowej stwierdzono 10,6% wyników dodatnich u kobiet i 28,4% wyników dodatnich u mężczyzn. Wyniki tych badań są porównywalne z tymi, które opublikowano w 2009 r. Choroczy-Król i wsp. uzyskali 7,3% wyników dodatnich u kobiet i 18,7% u mężczyzn, przy użyciu metody immunofluorescencji bezpośredniej [4]. Berntsson i wsp. stosując metodę amplifikacji DNA z wymazów, otrzymali średnią wyników dodatnich badań w kierunku *C. trachomatis* u 53,5% kobiet w wieku 16–50 lat [5]. W badaniach własnych średnią liczbę zakażeń u kobiet wykazano u 6,3% (61/975) wymazów z szyjki macicy i cewki moczowej. Sakem i wsp. za pomocą metody PCR przebadali 9245 pacjentów. Dodatnie wyniki stwierdzili u 3,9% kobiet i u 5,8% mężczyzn [6].

Wnioski

1. Najwyższy odsetek wyników dodatnich (30,8%) stwierdzono przy badaniu wymazów z cewki moczowej u mężczyzn w grupie wiekowej 31–40 lat i u kobiet w wieku 51–60 – 17,8%.
2. Najwyższy odsetek wyników dodatnich (5,9%) obserwowano przy badaniu wymazów z szyjki macicy u kobiet, co może sugerować, że u pacjentek w wieku 51–60 istnieje zwiększone ryzyko zakażeń *C. trachomatis*.
3. Znikomy odsetek zakażeń worka spojówkowego przez *C. trachomatis* sugeruje, że stany zapalne spojówek były wywołane przez inne czynniki etiologiczne, które mogły być wykryte w trakcie rutynowych badań bakteriologicznych lub wirusologicznych.

Piśmiennictwo

1. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2010. <http://www.cdc.gov/std/treatment/2010/chlamydial-infections.htm#infants>.
2. Lanjouw E, Ossewaarde JM, Stary A, et al. European guideline for the management of *Chlamydia trachomatis* infections. http://www.iusti.org/regions/europe/pdf/2010/Euro_Guideline_Chlamydia_2010.pdf 2013.
3. Young-Suk L, Kyu-Sung L. Chlamydia and male lower urinary tract diseases. *Korean J Urol* 2013; 54: 73–77.

4. Choroszy-Krol I, Bober T, Frej-Madrzak M, i wsp. Wykrywanie antygenów *Chlamydia trachomatis* w wymazach z cewki moczowej i szyjki macicy u dorosłych. *Fam Med Prim Care Rev* 2012; 14(3): 354–357.
5. Berntsson M, Tunback P. Clinical and microscopic signs of cervicitis and urethritis: correlation with *Chlamydia trachomatis* infection in female STI patients. *Acta Derm Venereol* 2013; 93: 230–233.
6. Sakem B, Michel R, Nydegger UE, et al. Diagnostic relevance of simultaneous testing for *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae*. *Infection* 2011; 39(3): 231–237.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Magdalena Frej-Mądrzak

Zakład Nauk Podstawowych UM

ul. Chałubińskiego 4

50-368 Wrocław

Tel.: 71 784-00-76

E-mail: magdalena.frej-madrzak@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 17.02.2014 r.

Po recenzji: 14.04.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 15.04.2014 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Zakażenia dróg oddechowych w praktyce lekarza rodzinnego – zgłaszane objawy, stosowane leczenie – obserwacja dwuletnia

Respiratory tract infections in general practice – symptoms and treatment – biennial observation

PIOTR GUTKNECHT^{1, A-D}, TOMASZ WINIARSKI^{1, B}, BARTOSZ G. TRZECIAK^{1, B}, KATARZYNA NOWICKA-SAUER^{1, E}, MAŁGORZATA PIETRZYKOWSKA^{1, B}, MAGDALENA REIWER-GOSTOMSKA^{1, B}, ANDRZEJ MOLISZ^{1, B}, JOANNA RACZAK-GUTKNECHT^{2, C, E}, JANUSZ SIEBERT^{1, A, E, F}

¹ Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

² Katedra Biofarmacji i Farmakodynamiki Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

A – przygotowanie projektu badania, B – zbieranie danych, C – analiza statystyczna, D – interpretacja danych, E – przygotowanie maszynopisu, F – opracowanie piśmiennictwa, G – pozyskanie funduszy

Streszczenie Wstęp. Etiologia zakażeń górnych dróg oddechowych jest różnorodna. W zakażeniach górnych dróg oddechowych decyzja o antybiotykoterapii jest najczęściej podejmowana na podstawie wywiadu i objawów klinicznych. Wiedza na temat aktualnych wytycznych może obniżyć częstość stosowania antybiotyków.

Cel pracy. Porównanie objawów oraz zaleconego leczenia u pacjentów z zakażeniami dróg oddechowych na przełomie lat 2012/2013 oraz 2013/2014.

Materiał i metody. Do badania włączono 282 pacjentów (129 kobiet i 153 mężczyzn) z praktyk 4 lekarzy rodzinnych pracujących na terenie Trójmiasta. Wiek chorych wynosił $39,35 \pm 23,78$ lat. Jako element wspomagania decyzji terapeutycznej stosowano kwestionariusz/skalę Centora.

Wyniki. Czas trwania objawów do wizyty u lekarza wynosił $3,9 \pm 2,89$ dnia. Główne zgłaszane dolegliwości to kaszel i katar (85,4%), podwyższenie ciepłoty ciała $> 37^\circ\text{C}$ (45%) oraz bolesne przełykanie. W porównaniu do roku poprzedniego częściej badano powiększone węzły chłonne szyjne przednie oraz naloty na migdałkach (odpowiednio: 13,6% vs. 31,6% oraz 8,5% vs. 12%). W drugim sezonie zimowym antybiotyk otrzymało 36,5% pacjentów vs. 42,2% w poprzednim. Wzrosło stosowanie makrolidów (35,5% vs. 25,8%) oraz cefalosporyn (11,6% vs. 6,4%).

Wnioski. W drugim roku badania infekcje bakteryjne rozpoznawano rzadziej. Obserwowano również mniejsze zużycie antybiotyków w zapaleniach dróg oddechowych.

Słowa kluczowe: zakażenia dróg oddechowych, antybiotykoterapia, objawy, lekarz rodzinny.

Summary Background. Respiratory tract infections may have a diverse etiology. The decision whether antibiotic therapy is needed, is usually made on the basis of patient's history and clinical signs. Knowledge of current guidelines may reduce the incidence of antibiotic use.

Objectives. The aim of the study was to compare the symptoms and treatment in patients with respiratory infections at the turn of 2012/2013 and 2013/2014.

Material and methods. The study was performed in 282 patients (129 women and 153 men) from four family doctor practices in Trójmiasto. Age of the patients was 39.35 ± 23.78 years. To support the therapeutic decision questionnaire/Centor criteria were used.

Results. Duration of the symptoms before visit was 3.9 ± 2.89 day. The most common were: coughing and runny nose (85.4%), elevated body temperature $> 37^\circ\text{C}$ (45%) and painful swallowing. Compared to the previous year enlarged neck lymph nodes and tonsillar problems (respectively 13.6% vs. 31.6% and 8.5% vs. 12%) were diagnosed more often. In the second winter season 36.5% of patients received antibiotic treatment in comparison to the previous year (42.2%). Moreover increased macrolides (35.5% vs. 25.8%) and cephalosporins use (11.6% vs. 6.4%) was observed.

Conclusions. In the second year of the study the frequency of bacterial infections decreased and lower antibiotic use was observed.

Key words: respiratory tract infections, antibiotic therapy, symptoms, family doctor.

Wstęp

Skuteczną metodą ograniczania antybiotykoooporności bakterii może być redukcja częstości ich użycia [1, 2]. Ocenia się, że około 90% antybiotyków stosowanych w leczeniu zakażeń dróg oddechowych (ZDO) jest przepisywanych w gabinetach lekarzy rodzinnych [3]. Decyzja o terapii antybiotykem jest najczęściej podejmowana jedynie na podstawie wywiadu i objawów klinicznych. Aby zmniejszyć liczbę przepisywanych na całym świecie antybiotyków, prowadzone są szkolenia oraz publikowane rekomendacje postępowania terapeutycznego. Cals stwierdził, że wśród lekarzy korzystających z wytycznych liczba przepisywanych antybiotyków spadła o 11,6% [4].

Cel pracy

Celem badania było porównanie objawów najczęściej zgłaszanych przez pacjentów z zakażeniami dróg oddechowych oraz antybiotykoterapii na przełomie lat 2012/2013, 2013/2014.

Materiał i metody

Czas trwania badania obejmował okres od początku listopada 2012 do końca stycznia 2013 r. oraz analogiczny na przełomie lat 2013/2014. Do badania włączono 282 pacjentów (129 kobiet i 153 mężczyzn) z praktyk czterech

lekarzy rodzinnych pracujących na terenie Trójmiasta. Wiek chorych wynosił $39,35 \pm 23,78$ lat. W czasie wizyty wypełniano kwestionariusz zawierający pytania o płeć, wiek, objawy choroby oraz czas ich trwania, rozpoznanie typu infekcji oraz zalecone leczenie. Do obliczeń statystycznych wykorzystano pakiet Statistica 10.0.

Wyniki

Dane uzyskane w sezonie infekcyjnym 2012/2013 opublikowano wcześniej [5]. Dokonano ich porównania z informacjami zebranymi w sezonie 2013/2014. Czas trwania objawów do wizyty u lekarza wynosił $3,9 \pm 2,89$ dnia. Pacjenci najczęściej skarżyli się na kaszel i katar (85,4%), podwyższenie ciepłoty ciała $> 37^{\circ}\text{C}$ (45%) oraz bolesne przełykanie (tab. 1). Zaobserwowano częstsze występowanie powiększenia węzłów chłonnych szyjnych przednich oraz obecność nalotu na migdałkach (odpowiednio: 13,6 i 31,6% oraz 8,5 i 12%). Pacjenci rzadziej zgłaszali bóle uszu oraz obecność ropnej płwociny podczas kaszlu.

Tabela 1. Najczęściej zgłaszane objawy wśród chorych

Objaw	Sezon 2012/2013 n = 294	Sezon 2013/2014 n = 282
Kaszel/wyciek z nosa	256 (87%)	241 (85,4%)
Podwyższenie ciepłoty ciała	116 (39,5%)	127 (45%)
Bolesne przełykanie	108 (36,7%)	97 (34,4%)
Wzmożona ilość płwociny	56 (19%)	43 (15,2%)
Bolesne węzły chłonne szyjne	40 (13,6%)	89 (31,6%)
Ropna płwocina	30 (10,2%)	21 (7,4%)
Nalot na migdałkach	25 (8,5%)	34 (12%)
Ból ucha	16 (5,4%)	23 (8,1%)
Duszność	15 (5,1%)	24 (8,5%)

Stosowane leczenie przedstawiono w tabeli 2. W drugim sezonie antybiotyk otrzymało 36,5% pacjentów, co stanowi redukcję w porównaniu do roku ubiegłego (42,2%). Najczęściej stosowano penicyliny półsyntetyczne. W tym roku lekarze częściej zalecali makrolidy (33% vs. 25,8%) oraz cefalosporyny (11,6% vs. 6,4%).

Piśmiennictwo

- Goossens H. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. *Lancet* 2005; 365: 579–587.
- Wise R. The relentless rise of resistance? *J Antimicrob Chemother* 2004; 54: 306–310.
- Straand J. Prescribing systemic antibiotics in general practice. A report from the More & Romsdal Prescription Study. *Scand J Prim Health Care* 1998; 16: 121–127.
- Cals JW. Effect of point of care testing for C-reactive protein and training in communication skills on antibiotic use in lower respiratory tract infections: cluster randomised trial. *BMJ* 2009; 338: b1374.
- Gutknecht P, Trzeciak BG, Winiarski T, i wsp. Diagnostyka i leczenie zakażeń układu oddechowego u pacjentów wybranych praktyk lekarzy rodzinnych na terenie Gdańska. *Fam Med Prim Care Rev* 2013; 15(3): 320–322.
- Panasiuk L, et al. Empirical first-line antibiotic therapy in adult rural patients with acute respiratory tract infections. *Ann Agric Environ Med* 2007; 14: 305–311.
- Chlabicz S, Ołtarzewska AM, Pytel-Krolczuk B. Respiratory tract infections: diagnosis and use of antibiotics by family physicians in north-eastern Poland. *Internat J Antimicrob Agents* 2004; 23: 446–450.
- Muszyńska A, Steciwko A, Siebert J, i wsp. Przydatność szybkich testów CRP (Nycocard II CRP) w codziennej pracy lekarza rodzinnego w aspekcie racjonalizacji wskazań do antybiotykoterapii w ostrych infekcjach. *Fam Med Prim Care Rev* 2007; 9(4): 998–1006.

Tabela 2. Zastosowane leczenie

	Sezon 2012/2013 n = 294	Sezon 2013/2014 n = 282
Leczenie objawowe	170 (57,8%)	179 (63,4%)
Zlecony antybiotyk:	124 (42,2%)	103 (36,5%)
– amoksylicyna/amoksylicyna z kwasem klawulanowym	62 (50%)	49 (47,6%)
– makrolid	32 (25,8%)	34 (33%)
– cefalosporyna	8 (6,4%)	12 (11,6%)
– tetracyklina	4 (3,2%)	2 (~2%)
– antybiotyk z innej grupy	18 (4,5%)	6 (5,8%)

Dyskusja

Istnieje ogromne zróżnicowanie w stosowaniu antybiotyków w zakażeniach dróg oddechowych między regionami kraju. Panasiuk i wsp. w przeprowadzonym badaniu stwierdził, że 82% chorych z zapaleniem górnych dróg oddechowych w okolicach Lublina otrzymało antybiotyk podczas pierwszej wizyty [6]. Chlabicz i wsp. zaobserwowali podobne postępowanie u 60% z 1315 mieszkańców Białegostoku [7]. W ramach programu badawczego w województwie pomorskim i dolnośląskim uzyskano niskie wskaźniki zużycia antybiotyków w ZDO po wprowadzeniu do praktyki szybkiego oznaczania CRP w gabinecie lekarza rodzinnego [8].

W prowadzonym badaniu jako wspomaganie podjęcia decyzji diagnostycznej wprowadzono kwestionariusze/skale, m.in. Centora. Częstość stosowania antybiotyków uległa dalszemu obniżeniu do 36,5% pacjentów, co stanowi redukcję w porównaniu do roku ubiegłego (42,2%) ($p = 0,165$; wartość statystyki testowej: test χ^2 Pearsona = 1,925). Jedną z przyczyn takiego postępowania może być fakt, że lekarze biorący udział w badaniu byli przeszkoleni w zakresie obowiązującego postępowania dotyczącego ZDO oraz zapoznani się z aktualnymi wytycznymi. Lekarze częściej sięgali po makrolidy, co prawdopodobnie można tłumaczyć większą liczbą rozpoznanych infekcji atypowych.

Wnioski

W drugim roku badania infekcje bakteryjne rozpoznawano rzadziej. Obserwowano mniejsze zużycie antybiotyków w zapaleniach dróg oddechowych. Niezbędne jest szerokie szkolenie lekarzy w zakresie konieczności redukcji stosowania antybiotyków.

Adres do korespondencji:

Lek. Piotr Gutknecht

Katedra Medycyny Rodzinnej GUM

ul. Dębinki 2

80-211 Gdańsk

Tel.: 58 349-15-75

E-mail: pgutknecht@gumed.edu.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 20.02.2014 r.

Po recenzji: 14.04.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 19.04.2014 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Epidemiologia rozwojowych wad u dzieci w Interwencyjnym Ośrodku Preadopcyjnym w Otwocku w latach 2008–2012

Epidemiology of congenital malformations in children in the Pre-Adoption Intervention Centre in Otwock in 2008–2012

EWA GYRCZUK^{1, C, D}, IWONA KAZMIEROWICZ^{2, A-F}, AGNIESZKA TOPCZEWSKA-CABANEK^{1, D-F}, ANNA KISZA^{2, A-F}, ANETA NITSCH-OSUCH^{1, A-D}, KATARZYNA ŻYCIŃSKA^{1, D}, KAZIMIERZ A. WARDYN^{1, G}

¹ Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej z Oddziałem Klinicznym Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

² Wydział Pielęgniarstwa Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie **Wstęp.** Interwencyjny Ośrodek Preadopcyjny (IOP) jest wyjątkowym ośrodkiem interwencyjnym. Dzieci z IOP często wymagają intensywnej opieki medycznej, leczenia specjalistycznego lub rehabilitacji.

Cel pracy. Ocena częstości występowania wad wrodzonych u dzieci przebywających w Interwencyjnym Ośrodku Preadopcyjnym w Otwocku w latach 2008–2012.

Materiał i metody. Badaniem objęto 490 dzieci w wieku od 1. miesiąca życia do 1. roku życia (263 dziewczynki i 227 chłopców).

Wyniki. Wady rozwojowe zdiagnozowano u 152 dzieci (31%). Najczęstszą przyczyną wad był poalkoholowy zespół płodowy FAS – u 108 dzieci (71%). 10,5% dzieci miało wrodzone choroby zakaźne z kręgu TORCH.

Wnioski. Powstrzymanie się od spożywania jakiegokolwiek alkoholu podczas ciąży, jak również innych używek (papierosy, narkotyki) oraz okresowe badania profilaktyczne w znaczący sposób przyczynią się do zmniejszenia wad wrodzonych u dzieci.

Słowa kluczowe: wady wrodzone, płodowy zespół alkoholowy, profilaktyka.

Summary **Background.** Pre-adoption Intervention Centre (IOP) is a unique facility. Children from IOP often require intensive medical care, specialist treatment or rehabilitation.

Objectives. The purpose of this study was to estimate incidence of defects in children from the centre in Otwock.

Material and methods. The study group consisted of 490 children aged 1 month to 1 year (263 girls and 227 boys).

Results. 152 children (31%) were diagnosed with malformations. The most common cause of defects was Fetal Alcohol Syndrome (FAS) – in 108 children (71%). Congenital infections included in the TORCH complex were present in 16 children (10.5%).

Conclusions. Abstaining from drinking any alcohol during pregnancy, as well as other drugs (cigarettes, narcotics), and periodic checkups will significantly contribute to the reduction of birth defects in children.

Key words: congenital malformations, Fetal Alcohol Syndrome, prevention.

Wstęp

Interwencyjny Ośrodek Preadopcyjny (IOP) jest wyjątkowym w skali kraju i jedynym w województwie mazowieckim ośrodkiem interwencyjnym, przyjmującym noworodki i niemowlęta w nagłych sytuacjach kryzysowych, pozbawionych czasowo lub trwale opieki rodziców. Dzieci z IOP często wymagają intensywnej opieki medycznej, leczenia specjalistycznego lub rehabilitacji.

Cel pracy

Celem pracy była ocena częstości występowania wad wrodzonych u dzieci w Interwencyjnym Ośrodku Preadopcyjnym w Otwocku w latach 2008–2012.

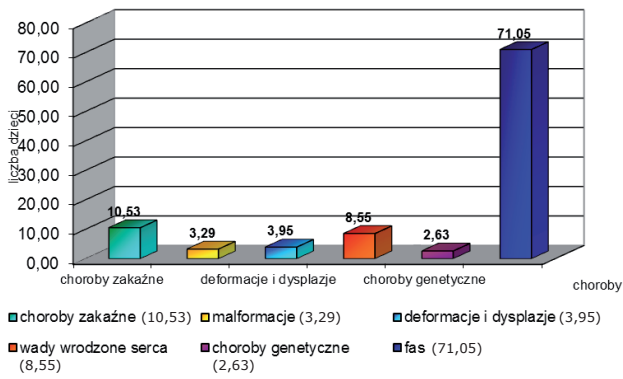
Materiał i metody

Badanie objęło 490 dzieci w wieku od 1. miesiąca życia do 1. roku życia, w tym 263 (54%) dziewczynki i 227

(46%) chłopców. Były to dzieci pozostawione po urodzeniu w szpitalu, w oknach życia, odebrane rodzicom na skutek interwencji sądu lub policji lub przyniesione dobrowolnie przez rodziców.

Wyniki

Wady rozwojowe zdiagnozowano u 152 dzieci (31%). Najczęstszą przyczyną wad był Alkoholowy Zespół Płodowy (FAS), który występował aż u 108 (22%) z 490 dzieci przebywających w IOP w badanym okresie i był najczęstszy (71%) wśród 152 chorych dzieci. 16 dzieci (10,5%) było zarażonych podczas ciąży chorobami zakaźnymi z kręgu TORCH, w tym toksoplazmoza była najczęstsza (4%), CMV i HIV po 2,5%, a najrzadziej – kiła (1%). Wśród pozostałych chorób u dzieci stwierdzono u 8,5% wrodzone wady serca pod postacią VSD, PDA czy zespołu Fallota, u prawie 4% deformacje stóp i dysplazję stawów biodrowych, u 3% rozszczep podniebienia lub/i wargi, polidaktylię, a u 2,5% choroby genetyczne (zespół Downa, zespół Niemann-Picka i fenyloketonurię) (ryc. 1).



Rycina 1. Choroby i zespoły wrodzone u dzieci IOP w latach 2008–2012

Na podstawie przeprowadzonego badania wykazano, że co roku stopniowo zwiększa się liczba dzieci przyjętych do IOP z Alkoholowym Zespołem Płodowym (tab. 1).

Tabela 1. Stopniowy wzrost liczby dzieci w latach 2008–2012 z Alkoholowym Zespołem Płodowym		
Rok	Liczba dzieci z FAS	Odsetek (%)
2008	14	9,21
2009	20	13,16
2010	23	15,13
2011	24	15,79
2012	27	17,76
Razem	108	71,05

Omówienie

Wady wrodzone są nadal dużym problemem nie tylko medycznym, społecznym, ale przede wszystkim rodzinnym. Jak wynika z Polskiego Rejestru Wrodzonych Wad Rozwo-

jowych, występują one u 2–4% noworodków i są najczęściej przyczyną ich zgonu. Często prowadzą do niepełnosprawności ze współistniejącym upośledzeniem umysłowym. Dzieci z wrodzoną wadą wymagają często wielokierunkowej i co za tym idzie – kosztowej opieki lekarskiej [1].

Grupę badaną stanowiły dzieci głównie z rodzin patologicznych (uzależnienie rodziców od alkoholu lub narkomani, przemoc w rodzinie, bezradność opiekuńczo-wychowawcza, zaburzenia funkcjonowania społecznego, bezdomność itp). Sytuacje takie prowadzą do dysfunkcji rodzin oraz przyczyniają się do zaniedbywania ról rodzicielskich [2]. Znalazło to potwierdzenie w badaniach, ponieważ większość z chorych dzieci była dotknięta Alkoholowym Zespołem Płodowym (FAS). Za niekorzystne zjawisko należy także uznać stopniowy wzrost liczby dzieci przyjętych do IOP z FAS. Co trzecia pijąca podczas ciąży kobieta może urodzić dziecko z FAS. Rozpoznanie FAS opiera się na potwierdzeniu współistniejących nieprawidłowości w funkcjonowaniu dziecka, które narażone jest w okresie prenatalnym na działanie alkoholu [3].

Na wystąpienie wady wrodzonej u dziecka może mieć wpływ bardzo wiele czynników. Na część z nich nie mamy wpływu (czynniki genetyczne, choroby matki, zanieczyszczenie środowiska), ale większość czynników jesteśmy w stanie wyeliminować. Badania pokazują, że niekorzystny wpływ na rozwój zarodka ma palenie papierosów przez kobietę w czasie ciąży, spożywanie alkoholu (nawet niewielkich ilości), niedobór składników odżywczych i witamin. Skuteczność działań profilaktycznych w zapobieganiu występowania wad wrodzonych uwarunkowana jest koniecznością ścisłego współdziałania wszystkich osób związanych z kobietą planującą lub spodziewającą się dziecka [4].

Wnioski

Badania przesiewowe i okresowe kontrole ciężarnych są niezbędne w celu ujawnienia wad wrodzonych u płodu i możliwości wczesnej interwencji. Powinny temu służyć szeroko pojęte akcje informacyjne prowadzone w mediach, plakaty na billboardach, a nawet wczesna edukacja szkolna na temat szkodliwości stosowania używek.

Piśmiennictwo

- Muscari M. *Pediatrics i pielęgniarstwo pediatryczne*. Wyd. I pol. Bernmat K., red. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2005: 162–163.
- Raław-Markowska M., red. *Pomoc dzieciom i rodzinie w środowisku lokalnym*. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych; 2005: 87.
- Hryniewicz D. *Specyfika pomocy psychologiczno-pedagogicznej dzieciom z FAS*. Warszawa: Wydawnictwo Edukacyjne Parpamedia; 2007: 7–11.
- Sito A, Bożkowska K. *Opieka zdrowotna nad rodziną*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2002: 196–198.

Adres do korespondencji:

Lek. Ewa Gyrzczuk
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
z Oddziałem Klinicznym Chorób Wewnętrznych
i Metabolicznych WUM
ul. Banacha 1a, blok F
02-097 Warszawa
Tel.: 22 599-21-90
E-mail: ewgy@esculap.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 28.01.2014 r.
Po recenzji: 4.04.2014 r.
Zaakceptowano do druku: 4.04.2014 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Częstość wykrywania antygenu *Chlamydomphila pneumoniae* u dzieci z kaszlemThe frequency of *Chlamydomphila pneumoniae* antigen detection in children with coughAGNIESZKA JAMA-KMIECIK^{1, B, D, F}, MAGDALENA FREJ-MĄDRZAK^{1, B, E}, JOLANTA SAROWSKA^{1, B, D}, DOROTA TERYKS-WOŁYNIĘC^{1, B}, GRAŻYNA GOŚCINIĄK^{2, B, G}, IRENA CHOROSZY-KRÓL^{1, A, D}¹ Zakład Nauk Podstawowych Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu² Katedra i Zakład Mikrobiologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

A – przygotowanie projektu badania, B – zbieranie danych, C – analiza statystyczna, D – interpretacja danych, E – przygotowanie maszynopisu, F – opracowanie piśmiennictwa, G – pozyskanie funduszy

Streszczenie Wstęp. *Chlamydomphila pneumoniae* to drobnoustrój wywołujący zakażenia dróg oddechowych u człowieka.**Cel pracy.** Ocena częstości występowania zakażeń *Chl. pneumoniae* u dzieci z objawami długotrwałego kaszlu.**Materiał i metody.** Grupę badaną stanowiło 1317 dzieci z objawami długotrwałego kaszlu, bez stwierdzonej astmy oskrzelowej, w wieku od 6 miesięcy do 18 lat (605 dziewczynek i 712 chłopców). Antygen *Chl. pneumoniae* wykrywano w wymazach z tylnej ściany gardła techniką immunofluorescencji pośredniej (test Chlamydia Cel PN, CellabsPty Ltd., Australia)**Wyniki.** W badanej grupie dzieci ($n = 1317$) z objawami kaszlu antygen *Chl. pneumoniae* wykryto u 273/1317 (20,7%), w tym u 23,1% dziewczynek i u 18,7% chłopców. Najwyższy odsetek zakażonych wykazano u dzieci w wieku 13–18 lat (26%). Obecność antygenu *Chl. pneumoniae* najczęściej stwierdzano w miesiącach zimowych (29,8%).**Wnioski.** U 20,7% dzieci z objawami kaszlu z Wrocławia i okolic stwierdzono występowanie antygenu *Chl. pneumoniae*. Wyniki wskazują na znaczący udział *Chl. pneumoniae* w zakażeniach dróg oddechowych u dzieci.**Słowa kluczowe:** *Chlamydomphila pneumoniae*, immunofluorescencja pośrednia.**Summary** Background. *Chlamydomphila pneumoniae* is a microorganism causing respiratory tract infections in humans.**Objectives.** The authors evaluated the prevalence of *Chl. pneumoniae* infections in children with long-lasting cough symptoms.**Material and methods.** The study included 1317 children with symptoms of long-lasting cough without bronchial asthma in age from 6 months to 18 years (605 girls and 712 boys). *Chl. pneumoniae* antigen was detected in pharyngeal swabs using indirect immunofluorescence method (Chlamydia Cel PN test, Cellabs Pty Ltd., Australia).**Results.** In the group of children with cough symptoms *Chl. pneumoniae* antigen was detected in 273/1317 (20.7%), including 23.1% girls and 18.7% boys. The highest prevalence of infection was observed in children aged 13–18 years (26%). *Chl. pneumoniae* antigen was detected most frequently in the winter months (29.8%).**Conclusions.** *Chl. pneumoniae* antigen was detected in 20.7% of children with symptoms of long-lasting cough in Wrocław and the surrounding area. These results show an important role of this microorganism in respiratory tract infections in children.**Key words:** *Chlamydomphila pneumoniae*, indirect immunofluorescence.

Wstęp

Rodzaj *Chlamydomphila* to grupa wewnątrzkomórkowych bakterii Gram-ujemnych. Zakażenia *Chlamydomphila pneumoniae* dotyczą wszystkich grup wiekowych. Drobnoustrój ten rozprzestrzenia się drogą powietrzno-kropelkową z wydzieliną dróg oddechowych od osób zakażonych, szczególnie łatwo w dużych skupiskach, takich jak: przedszkola, szkoły, domy opieki [1]. Objawy kliniczne zakażenia u dzieci są zwykle łagodne i przypominają przeziębienie: niewielki wzrost temperatury ciała, nieżyt nosa lub blokada nosa, zapalenie gardła, chrypka oraz suchy, przedłużający się kaszel. Nasilający się w czasie kaszel jest męczący, suchy lub z odkrztuszaniem niewielkiej ilości żółtawej wydzieliny. Może mieć charakter napadowy, przypominający napady kaszlu w krztuścu. W populacji dziecięcej zakażenie częściej niż u dorosłych dotyczy górnych dróg oddechowych [2, 3].

Cel pracy

Celem pracy była ocena częstości występowania zakażeń *Chlamydomphila pneumoniae* w latach 2012–2013

u dzieci w wieku od 6 miesięcy do 18 lat, u których występował długotrwały kaszel.

Materiał i metody

Badaniami objęto grupę 1317 dzieci w wieku od 6 miesięcy do 18 lat, w tym 605 dziewczynek i 712 chłopców. Znaczną część grupy badanej stanowiły dzieci hospitalizowane w I Katedrze i Klinice Pediatrii, Alergologii i Kardiologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, mniejszą – dzieci zgłaszające się wraz z rodzicami na badania prywatne. U dzieci dominującym objawem ze strony układu oddechowego był długotrwały kaszel.

Materiałem do badań były wymazy z tylnej ściany gardła pobierane rano, na czczo, bez stosowania toalety jamy ustnej. Do wykrywania antygenu *Chl. pneumoniae* wykorzystano metodę immunofluorescencji pośredniej (test Chlamydia Cel PN firmy CellabsPty Ltd., Australia) polegającą na wykrywaniu ciałek elementarnych z użyciem przeciwciał monoklonalnych skierowanych przeciw białkom błony zewnętrznej (MOMP) tego drobnoustroju. Preparaty oglądano w mikroskopie fluorescencyjnym firmy Olympus.

Wyniki

W grupie 1317 dzieci z kaszlem antygen *Chl. pneumoniae* wykryto u 273 badanych, co stanowi 20,7%, w tym u 23,1% dziewczynek i 18,7% chłopców (tab. 1). W 2012 r. odsetek zakażonych był wyższy wśród dziewczynek (29,7%) niż u chłopców (24,1%). W 2013 r. liczba wyników dodatnich w grupie dziewczynek i chłopców była taka sama, a odsetek wyników dodatnich wynosił odpowiednio: 16,4% i 13,5%.

Najwyższy odsetek zakażonych wykazano u dzieci w przedziale wiekowym 13–18 lat (26%), następnie w wieku 6 miesięcy–5 lat (20,8%) i w wieku 6–12 lat (18,8%) (tab. 2). Tabela 3 przedstawia częstość występowania antygenu *Chl. pneumoniae* w poszczególnych porach roku. W latach 2012 i 2013 najwyższy odsetek wyników dodatnich stwierdzono w miesiącach zimowych, odpowiednio: 36,4% i 18,4%, a następnie jesienią, odpowiednio: 25,5% i 16,7%.

Tabela 1. Częstość występowania zakażeń *Chl. pneumoniae* w latach 2012 i 2013

	2012			2013		
	Dziewczynki	Chłopcy	Ogółem	Dziewczynki	Chłopcy	Ogółem
Liczba badanych	306	349	655	299	363	662
Wyniki dodatnie	91	84	175	49	49	98
Odsetek zakażonych	29,7	24,1	26,7	16,4	13,5	14,8

Tabela 2. Częstość zakażeń *Chl. pneumoniae* u dzieci w różnych grupach wiekowych

Wiek (lata)	0–5	6–12	13–18	Ogółem
Liczba badanych	803	383	131	1317
Wyniki dodatnie	167	72	34	273
% zakażonych	20,8	18,8	26,0	20,7

Tabela 3. Występowanie antygenu *Chl. pneumoniae* u dzieci w zależności od pory roku

Pora roku	Liczba badanych	Wyniki dodatnie	Odsetek zakażonych
Wiosna			
2012	136	28	20,6
2013	208	23	11,1
Razem	344	51	14,8
Lato			
2012	75	8	10,7
2013	144	21	14,6
Razem	219	29	13,2
Jesień			
2012	208	53	25,5
2013	174	29	16,7
Razem	382	82	21,5
Zima			
2012	236	86	36,4
2013	136	25	18,4
Razem	372	111	29,8

Dyskusja

W przypadku dolegliwości ze strony górnych dróg oddechowych, takich jak np. kaszel, klasycznym materiałem do badań w kierunku *Chl. pneumoniae* jest wymaz z tylnej ściany gardła, a stosowaną techniką wykrywania antygenu – immunofluorescencja pośrednia. Do wykrywania zakażeń chlamydialnych stosowane są ponadto inne metody: hodowla w różnych liniach komórkowych, testy immunoenzymatyczne, metoda polimerazowej reakcji łańcuchowej PCR.

W badaniach Kowalewskiej-Pietrzak i wsp. [4] obecność przeciwciał anti-*Chl. pneumoniae* klasy IgM stwierdzono u 28 (28,5%) spośród 98 dzieci w wieku od 3 miesięcy do 7 lat hospitalizowanych głównie z powodu przedłużającego się kaszlu. Większość wyników dodatnich stwierdzono w miesiącach zimowych. Autorzy wskazują na duże znaczenie zakażeń *Chl. pneumoniae* w występowaniu objawów ze strony układu oddechowego, co pozwala na zastosowanie odpowiedniej antybiotykoterapii. W badaniach własnych w przedziale wiekowym od 6 miesięcy do 5 lat liczba wyników dodatnich wynosiła 167/803 badanych, co stanowi 20,8%.

Chen i wsp. [5] przeprowadzili badania u 1598 dzieci w wieku od 1 miesiąca do 13 lat hospitalizowanych z powodu ostrej infekcji dróg oddechowych. Materiał do badań stanowiły aspiraty z nosogardła. Metodą nested PCR gen *Chl. pneumoniae* wykryto u 96 badanych, co stanowiło 6%. Autorzy wykazali, że częstość zakażeń była najniższa w miesiącach jesiennych. W badaniach własnych obecność antygenu *Chl. pneumoniae* najczęściej stwierdzano w miesiącach zimowych (29,8%) i jesiennych (21,5%).

Kopriva i wsp. [6] badaniami objęli 83 dzieci z przewlekłym kaszlem. Metodą ELISA w surowicach dzieci stwierdzono jednoczesne występowanie przeciwciał klasy IgM i IgG u 24% badanych. Nie stwierdzono jednoczesnego występowania przeciwciał klasy IgA i IgG.

W badaniach własnych antygen *Chl. pneumoniae* wykryto u 20,7% ogółu badanych. Czulość, jak i swoistość zastosowanego w badaniach własnych testu immunofluorescencyjnego wynosi 100%. Przyczyną długotrwałego utrzymującego się kaszlu u dzieci z grupy badanej mogą być wirusy przeziębienia, jak i inne poza *Chlamydomphila pneumoniae* bakterie atypowe, np. *Mycoplasma pneumoniae*.

Dane epidemiologiczne dotyczące udziału *Chl. pneumoniae* w zakażeniach dróg oddechowych u dzieci mają istotne znaczenie w zastosowaniu odpowiedniej antybiotykoterapii, jak również zapobieganiu rozprzestrzenianiu tego drobnoustroju, a w przyszłości odległym powikłaniom.

Wnioski

1. U 20,7% dzieci z objawami kaszlu z Wrocławia i okolic stwierdzono występowanie antygenu *Chl. pneumo-*

niae. Znaczna częstość wykrywania antygenu u dzieci jest wskazaniem do wykonywania badań w kierunku *Chlamydomphila pneumoniae* u dzieci z długo utrzymującym się kaszlem, co pozwala na zastosowanie odpowiedniego leczenia.

2. Zakażenia *Chl. pneumoniae* częściej wykrywano w miesiącach zimowych niż w letnich.
3. Zakażenia *Chl. pneumoniae* u dzieci występowały najczęściej w wieku 13–18 lat.

Piśmiennictwo

1. Pricipi N, Esposito S, Blasi F, et al. Role of *Mycoplasma pneumoniae* and *Chlamydia pneumoniae* in children with community-acquired lower respiratory tract infections. *Clin Infect Dis* 2001; 32: 1281–1289.
2. Kiciński P, Wiśniewska-Ligier M, Woźniakowska-Gęsicka T. Pneumonia caused by *Mycoplasma pneumoniae* and *Chlamydomphila pneumoniae* in children-comparative analysis of clinical picture. *Adv Med Sci* 2011; 56 (1): 56–63.
3. Oncel S, Ince E, Ozsan TM, et al. Chlamydia, Chlamydomphila and Mycoplasma: atypical organisms extending beyond their typical periods in childhood lower respiratory infections. *Health Med* 2012; 6(12): 4069–4075.
4. Kowalewska-Pietrzak M, Młynarski W, Pankowska A. *Chlamydomphila pneumoniae* infections in younger children. Experience of one centre. Preliminary report. *Med Wieku Rozwoj* 2011; 15(1): 56–61.
5. Chen Z, Ji W, Wan Y, et al. Epidemiology and associations with climatic conditions of *Mycoplasma pneumoniae* and *Chlamydomphila pneumoniae* infections among Chinese children hospitalized with acute respiratory infections. *Ital J Pediatr* 2013; 39: 34.
6. Kopriva F, Szotkowska J, Zapalka M. Bronchial asthma and *Chlamydia pneumoniae* antibodies in children aged 4–8 years in Olomouc district. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub* 2005; 149: 289–291.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Agnieszka Jama-Kmieciak

Zakład Nauk Podstawowych UM

ul. Chałubińskiego 4

50-368 Wrocław

Tel.: 71 784-13-06

E-mail: agnieszka.jama-kmieciak@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 23.01.2014 r.

Po recenzji: 14.04.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 15.04.2014 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Epidemiologia ostrych bólów brzucha u dzieci zgłaszających się na ostry dyżur chirurgiczny

Epidemiology of acute abdominal pain in children presenting to the emergency room for surgery

ZBIGNIEW JANKOWSKI^{1, A, D, G}, MAŁGORZATA LEWANDOWSKA^{2, D-F}, JANUSZ JABŁOŃSKI^{1, D, E}, BARBARA POPEK^{1, B}, JOANNA PIETRZYK^{1, B}, EWA ANDRZEJEWSKA^{1, D}

¹ Klinika Chirurgii i Onkologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

² Katedra Patomorfologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie **Wstęp.** Ostre bóle brzucha u dzieci stanowią częstą przyczynę interwencji chirurgicznych w trybie nagłym.

Cel pracy. Przedstawienie epidemiologii ostrych bólów brzucha u dzieci w oparciu o doświadczenia autorów pracy.

Materiał i metody. Analizie poddano 1008 dzieci, które z powodu dolegliwości bólowych brzucha zgłosiły się na ostry dyżur chirurgiczny w ośrodku autorów.

Wyniki. W badanym materiale przeważały dzieci > 8. roku życia. Odsetek pacjentów kierowanych przez lekarza rodzinnego wynosił 47%. Najczęstszą przyczyną hospitalizacji było zapalenie wyrostka robaczkowego.

Wnioski: 1. Przyczyny ostrych bólów brzucha u dzieci są zróżnicowane w zależności od wieku. 2. Najczęstszą przyczyną operacji w trybie pilnym u dzieci z dolegliwościami bólowymi brzucha pozostaje ostre zapalenie wyrostka robaczkowego. 3. W grupie dzieci kierowanych do chirurga przez lekarza rodzinnego z powodu ostrych bólów brzucha 35% pacjentów wymagała hospitalizacji.

Słowa kluczowe: epidemiologia, bóle brzucha, dzieci.

Summary **Background.** Acute abdominal pain in children are a common cause of emergent surgical intervention.

Objectives. Presentation of the epidemiology of acute abdominal pain in children, based on the experience of the authors.

Material and methods. The authors analyzed 1008 cases of children with acute abdominal pain reported to the emergency room for surgery in their center.

Results. In study material, the majority consisted of children older than 8. Percent of patients referred to the emergency room by a family doctor was 47%. The most common reason for hospitalization was appendicitis.

Conclusions. 1. Causes of acute abdominal pain in children are varied depending on age. 2. The most common cause of urgent surgical intervention in children with abdominal pain is acute appendicitis. 3. In the group of children with acute abdominal pain referred to a surgeon by a family doctor 35% of patients required hospitalization.

Key words: epidemiology, abdominal pain, children.

Wstęp

Choroby jamy brzusznej u dzieci mogą objawiać się w sposób zróżnicowany w zależności od wieku i przyczyny. Najczęstszym objawem dolegliwości brzusznych u dzieci są bóle brzucha. Czynnikiem wywołującym jest szeroki wachlarz przyczyn, począwszy od psychosomatycznych, infekcji górnych dróg oddechowych, nietolerancji pokarmowych, przez schorzenia internistyczne, ogólnoustrojowe oraz klasyczne chirurgiczne przyczyny „ostrego brzucha”, do przyczyn onkologicznych [1, 2].

Nagłe stany chirurgiczne manifestujące się ostrym bólem brzucha ze względu na swą częstość występowania stanowią istotny problem w ramach dyżuru chirurgii dziecięcej. Przeprowadzenie szybkiej diagnostyki i ustalenie rozpoznania jest istotne dla wdrożenia odpowiedniego leczenia i kwalifikacji do ewentualnej operacji. W niniejsze pracy autorzy przedstawili najczęstsze przyczyny ostrych bólów brzucha w zależności od wieku dziecka oraz wskazania do leczenia chirurgicznego w trybie nagłym. Podkreślono rolę lekarza rodzinnego w diagnostyce bólów brzucha u dzieci.

Cel pracy

Celem pracy było przedstawienie epidemiologii bólów brzucha u dzieci w materiale z ostrych dyżurów chirurgicznych.

Materiał i metody

Badaniem objęto 1008 dzieci, które z powodu bólów brzucha zgłosiły się na ostry dyżur chirurgiczny od czerwca 2012 do czerwca 2013 r. Oceniono: wiek i płeć dzieci, przyczyny bólów brzucha w zależności od wieku dziecka, dolegliwości towarzyszące, odsetek dzieci kierowanych przez lekarza rodzinnego, wskazania do leczenia chirurgicznego w trybie nagłym oraz rodzaj wykonanego zabiegu.

Wyniki

Pośród analizowanych 1008 pacjentów w poszczególnych grupach wiekowych było odpowiednio: 60 noworodków i niemowląt (6%), 142 dzieci w wieku 2–7 lat (14%),

544 dzieci w wieku 8–14 lat (54%) i 262 pacjentów > 14. roku życia (26%). Najczęściej zgłaszanymi dolegliwościami towarzyszącymi bólom brzucha były: nudności i wymioty, biegunki/zaparcia, bóle głowy, zaburzona aktywność dziecka, senność czy zmęczenie. Odsetek pacjentów kierowanych na ostry dyżur chirurgiczny przez lekarza rodzinnego wynosił 47%.

Największą zgłaszalność z powodu dolegliwości brzusznych odnotowano w okresie roku szkolnego. W miesiącach letnich – w czerwcu, lipcu i sierpniu – liczba hospitalizacji z powodu ostrego brzucha wyraźnie malała.

W oparciu o zebrany starannie wywiad, badanie przedmiotowe oraz badania laboratoryjne i ultrasonograficzne jamy brzusznej do leczenia w Klinice Chirurgii i Onkologii Dziecięcej UM w Łodzi zakwalifikowano 355 (35,2%) dzieci w wieku od 0 do 18. roku życia. Noworodki, niemowlęta stanowiły najmniejszą grupę wśród hospitalizowanych z tego powodu (7,8%). Przyczyny przyjęcia pacjentów do oddziału chirurgicznego w zależności od wieku dziecka przedstawiono w tabeli 1. Spośród hospitalizowanych pacjentów 265 (74,6%) zakwalifikowano do leczenia operacyjnego w trybie ostrego dyżuru (tab. 2). Pozostałe dzieci, u których nie stwierdzono wskazań do operacji w trybie pilnym, zostały zakwalifikowane do zabiegu w trybie plano-

wym lub przekazane pod opiekę poradni specjalistycznych/lekarza POZ. Wśród zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego przeważały dzieci w wieku szkolnym. Najczęściej wykonywanym zabiegiem była appendektomia.

Pośród 474 dzieci kierowanych do chirurga przez lekarza rodzinnego 167 pacjentów (35%) wymagała hospitalizacji, z tego u 120 chorych wykonano zabieg operacyjny w trybie pilnym.

Dyskusja

Zarówno wyniki naszej pracy, jak i prac innych autorów pokazują, że przyczyny ostrych bólów brzucha u dzieci są zróżnicowane w zależności od wieku dziecka. U noworodka i niemowląt najczęściej stwierdza się uwięźnięcie przepukliny pachwinowej, wady wrodzone przewodu pokarmowego, zespół ostrej moszny oraz wgłobienie jelita. W okresie przedszkolnym i szkolnym wśród przyczyn dominuje zapalenie wyrostka robaczkowego [1, 2].

Podobnie jak w doświadczeniach innych ośrodków, najczęściej wykonywanym zabiegiem chirurgicznym w trybie ostrego dyżuru była appendektomia [1, 2]. Około 27% dzieci, u których wykonano appendektomie, wymagała dodatkowo zdrenowania jamy otrzewnej ze względu na obecność ropy i zapalenie otrzewnej, co świadczyć może o zbyt późnym zgłoszeniu się dziecka do chirurga. Drugim co do częstości wykonywania zabiegami operacyjnymi była rewizja moszny. Rozpoznanie przez lekarza rodzinnego zespołu ostrej moszny i szybkie skierowanie chłopca na oddział chirurgii dziecięcej jest niezwykle ważne. W typowych przypadkach skrętu jądra, granica poza którą zmiany niedokrwienne w skręconym jądrze są już nieodwracalne, znajduje się między 4. a 5. godziną od wystąpienia pierwszych objawów. Jak pokazują doświadczenia autorów, w wielu przypadkach „ostrej moszny” objawem zgłaszanym przez pacjenta w pierwszej kolejności są bóle brzucha.

Przeprowadzona analiza epidemiologiczna pokazała, że 47% dzieci zgłaszających się na ostry dyżur chirurgiczny z ostrymi dolegliwościami bólowymi brzucha kierowana była przez lekarza rodzinnego. Rolą lekarza rodzinnego jest wnikliwe zebranie wywiadu, dokładne badanie fizykalne pacjentów oraz prawidłowa interpretacja badań dodatkowych i obrazowych. Prawidłowe, szybkie rozpoznanie pozwala uniknąć niepotrzebnych interwencji i wdrożyć optymalne leczenie [3, 4]. Problemem wieku dziecięcego jest trudność rozstrzygnięcia, kiedy objawy brzuszne stanowią jedynie drugoplanowe tło schorzenia, które nie wymaga interwencji chirurgicznej, a kiedy mamy do czynienia z autentycznym „ostrym brzuchem”.

Wnioski

1. Przyczyny ostrych bólów brzucha u dzieci są zróżnicowane w zależności od wieku dziecka.
2. Najczęstszą przyczyną zabiegu operacyjnego w trybie pilnym u dzieci z dolegliwościami bólowymi brzucha pozostaje ostre zapalenie wyrostka robaczkowego.
3. W grupie dzieci kierowanych do chirurga przez lekarza rodzinnego z powodu ostrych bólów brzucha 35% pacjentów wymagała hospitalizacji.

Tabela 1. Przyczyny hospitalizacji w poszczególnych grupach wiekowych

Przyczyny hospitalizacji	Wiek i liczba pacjentów (n = 355)			
	Noworodki/ niemowlęta	2–7 lat	8–14 lat	> 14 lat
Podjęzanie zapalenia wyrostka robaczkowego	0	40	163	56
Zespół ostrej moszny	4	27	16	2
Urazy brzucha	0	5	7	4
Uwięźnięcie przepukliny pachwinowej	11	1	0	0
Wady wrodzone przewodu pokarmowego	7	0	0	0
Inne (połknięcie ciała obcego, krwawienie z przewodu pokarmowego, kolka nerkowa, kolka żółciowa, guz jamy brzusznej)	0	5	5	2

Tabela 2. Rodzaj wykonanych operacji w trybie ostrego dyżuru

Rodzaj zabiegu operacyjnego	Liczba pacjentów (n = 265)
Appendektomia	153 (57,7%)
Appendektomia + drenaż otrzewnej	57 (21,5%)
Appendektomia i wycięcie uchyłka Meckela	3 (1,1%)
Rewizja moszny	7 (2,6%)
Usunięcia przyczepka Morganiiego	35 (13,2%)
Odkręcenie jądra	5 (1,9%)
Amputacja jądra	2 (0,8%)
Operacja przepukliny pachwinowej	2 (0,8%)
Częściowa resekcja wątroby	1 (0,4%)

Piśmiennictwo

1. Iwańczak F. Trudności diagnostyczne w dolegliwościach brzusznych u dzieci. *Przegl Lek* 2007; 64(Supl. 3): 48–52.
2. Kim JS. Acute abdominal pain in children. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr* 2013; 16(4): 219–224.
3. Gibas M, Mądry E. Czy rola lekarza rodzinnego w stanach nagłych powinna sprowadzać się tylko do skierowania pacjenta do szpitala. *Fam Med Prim Care Rev* 2005; 7(3): 805–806.
4. Bujnowska-Fedak MM, Krawiecka-Jaworska E. Rola i przydatność badania ultrasonograficznego w rozpoznawaniu bólów brzucha w praktyce lekarza rodzinnego. *Fam Med Prim Care Rev* 2009; 11(1): 21–25.

Adres do korespondencji:

Lek. Małgorzata Lewandowska

Katedra Patomorfologii UM

ul. Pomorska 251

92- 213 Łódź

Tel.: 783 466-516

E-mail: gosiawloc@wp.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 17.02.2014 r.

Po recenzji: 1.04.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 2.04.2014 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Wskaźnik aterogenności osocza u pacjentów ze świeżo rozpoznanym zespołem obturacyjnego bezdechu sennego

Atherogenic index of plasma in patients with newly diagnosed obstructive sleep apnea syndrome

PAWEŁ KICIŃSKI^{1, A-C}, ANDRZEJ DYBAŁA^{2, A, B}, SYLWIA PRZYBYLSKA-KUĆ^{2, B},
ELŻBIETA BARTOSZEK^{2, B}, MAŁGORZATA DEC^{2, B}, MACIEJ ZAKRZEWSKI^{2, B},
WOJCIECH MYŚLIŃSKI^{2, A, D, E}, JERZY MOSIEWICZ^{2, A, D, E}, ANDRZEJ JAROSZYŃSKI^{1, A, D, E}

¹ Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

² Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

A – przygotowanie projektu badania, B – zbieranie danych, C – analiza statystyczna, D – interpretacja danych, E – przygotowanie maszynopisu, F – opracowanie piśmiennictwa, G – pozyskanie funduszy

Streszczenie **Wstęp.** Zespół obturacyjnego bezdechu sennego (ZOBS) związany jest z istotnym ryzykiem rozwoju powikłań sercowo-naczyniowych i metabolicznych.

Cel pracy. Ocena profilu lipidowego i wskaźnika aterogenności osocza (AIP) u dorosłych pacjentów ze świeżo rozpoznanym, nieleczonym ZOBS.

Materiał i metody. Pacjenci włączeni do badania byli poddawani uproszczonemu badaniu polisomnograficznemu. Na podstawie wyniku byli oni kwalifikowani do grupy badanej (gdy potwierdzono ZOBS, $n = 62$) lub grupy kontrolnej ($n = 21$).

Wyniki. Analiza lipidogramu ujawniła istotnie wyższe stężenie TG w grupie badanej ($p = 0,048$) i obniżone stężenie HDL-Ch ($p = 0,02$). Wykazano istotnie wyższe wartości AIP w grupie badanej ($p = 0,03$).

Wnioski. Uzyskane wyniki wskazują, że zaburzenia lipidowe u pacjentów z ZOBS są obecne już w momencie rozpoznania. Omawiana grupa chorych cechuje się obniżonym stężeniem HDL-Ch, wzrostem stężenia TG i podwyższonym wskaźnikiem AIP.

Słowa kluczowe: wskaźnik aterogenności osocza, lipidogram, obturacyjny bezdech senny.

Summary **Background.** Obstructive sleep apnea syndrome (OSAS) is associated with considerable risk of cardiovascular and metabolic disorders.

Objectives. Evaluation of the lipid profile and atherogenic index of plasma (AIP) in adult patients with newly-diagnosed, untreated OSAS.

Material and methods. Simplified polysomnography was performed in patients enrolled in the study. Based on the results obtained they were qualified into the study group (when OSAS was confirmed, $n = 62$) or control group ($n = 21$).

Results. The analysis of lipid profile revealed significantly higher TG level in the study group ($p = 0.048$), and a decreased level of HDL-Ch ($p = 0.02$). Significantly higher AIP values were observed in the study group ($p = 0.03$).

Conclusions. The results obtained indicated that lipid disorders in patients with OSAS were present already at diagnosis. The group of patients discussed is characterized by a decreased level of HDL-Ch, increased TG level, and elevated AIP.

Key words: atherogenic index of plasma, lipid profile, obstructive sleep apnea.

Wstęp

Zespół obturacyjnego bezdechu sennego (ZOBS) związany jest z istotnym pogorszeniem jakości życia chorych oraz ryzykiem rozwoju licznych powikłań sercowo-naczyniowych i metabolicznych, a w konsekwencji tego – przedwczesnego zgonu [1]. Badania populacyjne wskazują, że 2% kobiet i 4% mężczyzn między 30. a 60. rokiem życia spełnia kryteria klinicznie istotnych zaburzeń oddychania w czasie snu [2]. Istnieją doniesienia o niekorzystnym wpływie ZOBS na zaburzenia gospodarki węglowodanowej i lipidowej, obejmujące przede wszystkim spadek stężenia cholesterolu frakcji HDL (HDL-Ch), wzrost stężenia triglicerydów (TG), jak również wzrost insulinooporności i nieprawidłową glikemię na czczo [3–5].

Zaburzenia lipidowe wiążące się z znacznym efektem proaterogennym to wzrost stężenia cholesterolu frakcji LDL (LDL-Ch) i TG oraz obniżenie HDL-Ch. W kompleksowej ocenie ryzyka zmian aterosklerotycznych zastosowanie znajduje wskaźnik aterogenności osocza (*atherogenic index of plasma* – AIP) obliczany jako logarytm z ilorazu stężeń TG i HDL-Ch [6]. Do tej pory nie badano wpływu ZOBS na wskaźnik aterogenności osocza.

Cel pracy

Celem badania była ocena profilu lipidowego i AIP u dorosłych pacjentów ze świeżo rozpoznanym, nieleczonym ZOBS.

Materiał i metody

Do badania zostały zakwalifikowane osoby kierowane do Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie z powodu podejrzenia zaburzeń oddychania w czasie snu. Wszyscy pacjenci włączeni do badania byli poddawani uproszczonemu badaniu polisomnograficznemu. Na podstawie jego wyniku byli oni następnie kwalifikowani do grupy badanej (gdy potwierdzono ZOBS) lub grupy kontrolnej (gdy uzyskany wynik mieścił się w normie). Kryteria rozpoznania ZOBS przyjęto zgodnie z rekomendacjami American Academy of Sleep Medicine z roku 1999 [7]. W ramach diagnostyki laboratoryjnej oznaczono stężenie cholesterolu całkowitego, HDL-Ch i TG, a LDL-Ch wyznaczono z wzoru Friedewalda. Wskaźnik AIP obliczono według wzoru $AIP = \log(TG/HDL-Ch)$ [6].

Tabela 1. Charakterystyka pacjentów

	Grupa badana	Grupa kontrolna	p
Wiek (lata)	51,7 ± 10,3	46,6 ± 16,6	0,11
Odsetek mężczyzn (%/n)	71%/44	57%/12	0,24
BMI (kg/m ²)	33,7 ± 5,7	30,9 ± 4,4	0,15
Otyłość (%)	73,3%	66,7%	0,56
Nadciśnienie tętnicze (%)	73,2%	66,7%	0,59
Ch. niedokrwienna serca (%)	16,1%	11,1%	0,08
AHI (h ⁻¹)	34,6 ± 25,5	2,8 ± 3	< 0,000001

Tabela 2. Profil lipidowy i wskaźnik aterogenności osocza w grupie badanej i kontrolnej

	Grupa badana	Grupa kontrolna	p
Cholesterol całkowity (mg/dl)	201,5 ± 46,7	200,1 ± 49,6	0,92
Cholesterol LDL (mg/dl)	122,2 ± 36	123,3 ± 34,6	0,92
Cholesterol HDL (mg/dl)	45,1 ± 15,3	55,7 ± 14,9	0,02
Triglicerydy (mg/dl)	171,7 ± 80,6	125,5 ± 57,4	0,048
AIP	0,66 ± 0,12	0,58 ± 0,1	0,03

Wyniki

W badaniu wzięły udział łącznie 83 osoby. Grupa badana liczyła 62 chorych (w tym 44 mężczyzn) w wieku 51,7 ± 10,3 lat, a grupa kontrolna liczyła 21 osób (w tym 12 mężczyzn) w wieku 46,6 ± 16,6 lat (tab. 1). Spośród schorzeń nadciśnienie tętnicze występowało z częstością 73,2% i 66,7%, odpowiednio w grupie badanej i kontrolnej ($p = 0,59$), a choroba niedokrwienna serca była obecna u 16,1% w grupie badanej i 11,1% u osób z grupy kontrolnej ($p = 0,08$). Uwagę zwraca znaczne rozpowszechnienie otyłości w obydwu grupach (73,3% vs. 66,7%; $p = 0,56$).

± 80,6 mg/dl vs. 125,5 ± 57,4 mg/dl; $p = 0,048$) oraz obniżone stężenie HDL-Ch (45,1 ± 15,3 mg/dl vs. 55,7 ± 14,9; $p = 0,02$). Różnice w stężeniach całkowitego cholesterolu oraz LDL-Ch nie były znamienne statystycznie (tab. 2). Wykazano istotnie wyższe wartości AIP w grupie badanej (0,66 ± 0,12 vs. 0,58 ± 0,1; $p = 0,03$) (ryc. 1).

Dyskusja

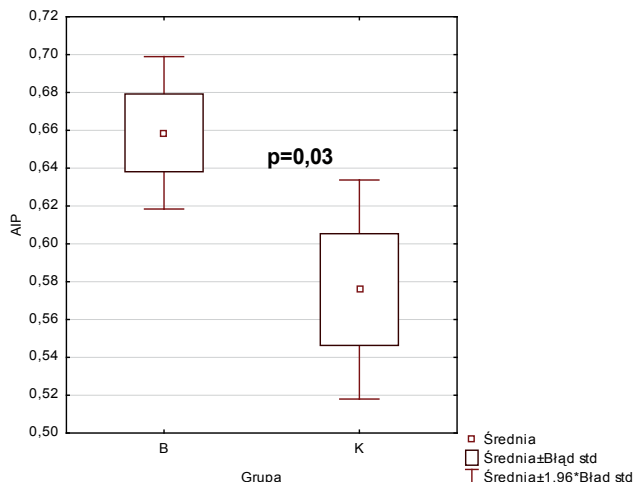
Wartości AIP powyżej 0,5 wskazują na zwiększone ryzyko rozwoju miażdżycowych schorzeń sercowo-naczyniowych. Stwierdzono, że AIP koreluje z grubością kompleksu intima-media tętnic szyjnych u pacjentów z cukrzycą [8]. Ponadto wykazano zależność między AIP a zwężeniem tętnic wieńcowych w koronarografii [9].

Podwyższone wartości AIP stwierdzono nie tylko w grupie badanej, ale także i kontrolnej. Należy to wiązać z wysokim BMI i bardzo dużym odsetkiem otyłości. Wskaźnik AIP w grupie badanej był mimo to istotnie statystycznie wyższy. Wskazuje to na dodatkowy niekorzystny wpływ ZOBS na zaburzenia lipidowe i ryzyko aterogenezy.

Zasadne jest przeprowadzenie dalszych badań prospektywnych dotyczących prognostycznej roli AIP wśród chorych z ZOBS, jak również możliwości podjęcia skutecznej interwencji farmakologicznej, behawioralnej i wpływu terapii ciągłym dodatnim ciśnieniem w drogach oddechowych.

Wnioski

Uzyskane wyniki wskazują, że zaburzenia lipidowe u pacjentów z ZOBS są obecne już w momencie rozpoznania. Omawiana grupa chorych cechuje się obniżonym stężeniem HDL-Ch, wzrostem stężenia TG i podwyższonym wskaźnikiem AIP, co odpowiada obrazowi aterogenicznej dyslipidemii, będącej czynnikiem ryzyka rozwoju miażdżycowych chorób układu sercowo-naczyniowego.



Rycina 1. Wskaźnik aterogenności osocza w grupie badanej (B) i kontrolnej (K)

Analiza lipidogramu ujawniła istotnie wyższe stężenie TG w grupie badanej w porównaniu do kontrolnej (171,7

Piśmiennictwo

1. Tazbirek M, Pierzchała W. Następstwa nieleczonego obturacyjnego bezdechu we śnie. *Fam Med Prim Care Rev* 2008; 10(3): 1106–1111.
2. Young T, Palta M, Dempsey J, et al. The occurrence of sleep-disorders breathing among middle aged adults. *N Eng J Med* 1993; 328: 1230–1235.

3. Togeiro S, Carneiro G, Ribeiro Filho F, et al. Consequences of obstructive sleep apnea on metabolic profile: a population-based survey. *Obesity* (Silver Spring) 2013; 21(4): 847–851.
4. Ip M, Lam B, Ng M, et al. Obstructive sleep apnea is independently associated with insulin resistance. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 165(5): 670–676.
5. Trzepizur W, Le Vaillant M, Meslier N, et al. Independent association between nocturnal intermittent hypoxemia and metabolic dyslipidemia. *Chest* 2013; 143(6): 1584–1589.
6. Dobiasova M. Atherogenic index of plasma [log(triglycerides/HDL-cholesterol)]: theoretical and practical implications. *Clin Chem* 2004; 50: 1113–1115.
7. American Academy of Sleep Medicine Task Force: Sleep-related breathing disorders in adults: recommendations for syndrome definition and measurement techniques in clinical research. *Sleep* 1999; 22: 667–689.
8. Hu Y, Tian H, Liu R, et al. Atherogenic index of plasma is associated with carotid intima-media thickness in patients with type 2 diabetes mellitus. *Sichuan Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban* 2004; 35(5): 696–698.
9. Dobiasova M, Frohlich J, Sedova M, et al. Cholesterol esterification and atherogenic index of plasma correlate with lipoprotein size and findings on coronary angiography. *J Lipid Res* 2011; 52(3): 566–571.

Adres do korespondencji:

Lek. Paweł Kiciński

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1

ul. Staszica 16

20-081 Lublin

Tel.: 81 532-34-43

E-mail: pawel.kicinski@umlub.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 18.02.2014 r.

Po recenzji: 14.04.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 14.04.2014 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Features of metabolic syndrome in patients with adrenal incidentalomas

Cechy zespołu metabolicznego u pacjentów z incydentaloma nadnerczy

EWA KISZCZAK-BOCHYŃSKA^{A, D-F}, ANNA OSZYWA^{B, D-F}, MARIA KUROWSKA^{D-F}, JOANNA MALICKA^{D-F}, MARTA DUDZIŃSKA^{D-F}, JERZY S. TARACH^{D-F}

Department of Endocrinology, Medical University, Lublin

A – Study Design, B – Data Collection, C – Statistical Analysis, D – Data Interpretation, E – Manuscript Preparation, F – Literature Search, G – Funds Collection

Summary Background. Incidentally discovered adrenal tumors have become a common clinical problem. Patients with adrenal incidentalomas frequently display many features of metabolic syndrome.

Objectives. The aim of the study was to identify features of metabolic syndrome in patients with adrenal incidentalomas.

Material and methods. The studied group involved 300 (213 F; 87 M) patients aged 23–85 yrs (mean 62 yrs) hospitalized in one department between 2011–2013 for incidentally discovered adrenal tumors. Retrospective analysis based on clinical picture and results of imaging and laboratory procedures was conducted. Certain features of MS such as obesity (based on higher BMI), hypertension, abnormal parameters of glucose and lipid metabolism were assessed.

Results. Excessive body mass was observed in about 80% of patients: half of them were overweight and half – obese. Hypertension was observed in 72% of patients. Abnormal glucose tolerance was found in 119 (39.7%) of subjects. In this group pre-diabetes was diagnosed in 30% and type 2 diabetes in over 60% cases. Low HDL was found in 22.5% and increased triglyceride level in about 40% of them. No features of metabolic syndrome were observed only in 9 patients and 16 subjects had all 5 symptoms present. Hypertension, glucose intolerance and excessive body mass was simultaneously present in over 40% patients.

Conclusion. Patients with incidental adrenal mass are characterized by high prevalence of metabolic syndrome features and because of an increased risk of cardiovascular disease and type 2 diabetes mellitus they should be closely monitored to introduce necessary treatment as early as possible.

Key words: adrenal incidentaloma, metabolic syndrome.

Streszczenie Wstęp. Przypadkowo wykryte guzy nadnercza stały się częstym problemem klinicznym. U chorych z incydentaloma nadnerczy często stwierdza się cechy zespołu metabolicznego.

Cel pracy. Ocena częstości występowania niektórych cech zespołu metabolicznego u chorych z incydentaloma nadnercza.

Materiał i metody. 300 chorych (213 K; 87 M) hospitalizowanych w klinice w latach 2011–2013. Przeprowadzono retrospektywną analizę obrazu klinicznego, badań laboratoryjnych i obrazowych. Oceniano masę ciała (BMI), ciśnienie krwi, tolerancję glukozy i profil lipidowy.

Wyniki. Nadmierną masę ciała stwierdzono u 80% chorych, odpowiednio u połowy nadwagę i u połowy otyłość. Nadciśnienie rozpoznano u 72% chorych. Nieprawidłową tolerancję glukozy zdiagnozowano u około 119 (39,7%) chorych, w tym stan przedcukrzycowy u około 30%, a cukrzycę typu 2 u ponad 60%. Obniżone stężenie HDL stwierdzono u 22,5%, a podwyższony poziom trójglicerydów u około 40% chorych. Tylko 9 chorych nie prezentowało żadnej cechy zespołu metabolicznego, natomiast u 16 z nich były obecne wszystkie 5 równocześnie. Nadciśnienie, nietolerancję glukozy i nadmierną masę ciała miało powyżej 40% chorych z badanej grupy.

Wniosek. Pacjentów z incydentaloma nadnerczy charakteryzuje duża częstość występowania cech zespołu metabolicznego. Z powodu zwiększonego ryzyka sercowo-naczyniowego i cukrzycy typu 2 powinni oni podlegać czujnemu nadzorowi metabolicznemu, żeby odpowiednio wcześniej wdrożyć adekwatne leczenie.

Słowa kluczowe: incydentaloma nadnerczy, zespół metaboliczny.

Background

Incidental adrenal tumor (*adrenal incidentaloma* – AI) has been detected more and more frequently by adrenal ultrasound or computed tomography performed for indications unrelated to adrenal pathology. AI has become a common clinical problem that is most often detected in patients over 60 years old, with two times higher frequency in females [1, 2].

Patients with adrenal incidentalomas frequently display many features of metabolic syndrome (MS) [3, 4]. A higher prevalence of obesity, diabetes mellitus and hypertension coexisting with secreting and non-secreting adrenal incidentalomas was observed by some authors [3–7].

The diagnosis of MS is extremely important because of its correlation with an increased risk of cardiovascular disease and type 2 diabetes mellitus [4–6].

Objectives

The aim of the study was to identify features of MS in patients with adrenal incidentalomas.

Material and methods

The studied group consisted of 300 patients aged 23–85 yrs (mean 62 yrs), 213 females and 87 males, hospitalized in authors' department between 2011–2013 for incidentally detected adrenal tumors. Clinical pictures, imaging results and hormonal tests were analyzed retrospectively. Certain features of MS such as obesity (based on higher BMI), hypertension, abnormal parameters of glucose and lipid metabolism were assessed.

Results

Results are presented in Table 1–4. Excessive body mass was observed in about 80% of patients with AI; half of them were overweight and half – obese (Tab. 1).

Hypertension (diagnosed or already treated) was found in 72% of patients (Tab. 2). Impaired glucose metabolism was found in 119 (39.7%) patients. In this group pre-diabetes was noted in about 30% patients and type 2 diabetes in over 60% patients. Lipid disorders were found only in 178 patients (59%). In this group decreased HDL level was found in 40 cases (22.5%), and increased triglyceride levels in 67 patients (37.6%).

Table 1. Body mass in group of patients with adrenal incidentaloma

Body mass	Number of patients	%
normal	62	20.6
overweight	120	40
obesity	118	39.4
Only patients with abnormal body mass	238	100
overweight	120	50.4
obesity	118	49.6

Table 2. The frequency of normal blood pressure and hypertension in studied group

Hypertension	Number of patients	%
present/treating	216	72
normotension	84	28

Table 3. Lipid disorders in the group of patients with adrenal incidentaloma

Triglycerides	Number of patients	%
lack of data	122	40
studied	178	
normal < 150	111	62.4
increased ≥ 150	67	37.6
HDL	Number of patients	%
lack of data	122	40.6
studied	178	
decreased	40	22.5
normal	138	77.5

References

- Davenport C, Liew A, Doherty B, et al. The prevalence of adrenal incidentaloma in routine clinical practice. *Endocrine* 2011; 40(1): 80–83.
- Ignaszak-Szczepaniak M, Wawrzyniak A, Celczyńska-Bajew, i wsp. Przypadkowo wykryty guz nadnercza jako problem diagnostyczny i terapeutyczny. *Fam Med Prim Care Rev* 2006; 8: 622–624.
- Terzolo M, Pia A, Ali A, et al. Adrenal incidentaloma: a new cause of the metabolic syndrome? *Clin Endocrinol Metab* 2002; 87: 998–1003.
- Peppia M, Boutati E, Koliaki C, et al. Insulin resistance and metabolic syndrome in patients with nonfunctioning adrenal incidentalomas: a cause-effect relationship? *Metabolism* 2010; 59: 1435–1441. doi: 10.1016/j.metabol.2010.01.007.
- Peppia M, Koliaki C, Raptis SA. Adrenal incidentalomas and cardiometabolic morbidity: an emerging association with serious clinical implications. *J Intern Med* 2010; 268(6): 555–566. doi: 10.1111/j.1365-2796.2010.02291.
- Yener S, Ertilav S, Secil M, et al. Increased risk of unfavorable metabolic outcome during short-term follow-up in subjects with nonfunctioning adrenal adenomas. *Med Princ Pract* 2012; 21: 429–434. doi: 10.1159/000336589.
- Kolańska K, Owecki M, Nikisch E, et al. High prevalence of obesity in patients with non-functioning adrenal incidentalomas. *Neuro Endocrinol Lett* 2010; 31: 418–422.

In the study group only 9 patients had no features of MS, 16 of them had all 5 features. In the group of 235 (78%) patients with excessive body weight 107 patients (45.5%) had impaired carbohydrate metabolism, 186 patients (79.2%) hypertension and 98 (42%) patients had all three, i.e. excessive body weight, hypertension and improper glucose tolerance.

Table 4. Glucose tolerance in adrenal incidentaloma patients

Glucose tolerance	Number of patients	%
normal	181	60.3
impaired	119	39.7
type 1 diabetes	3	2.5
prediabetes	39	32.8
type 2 diabetes	77	64.7

Discussion

In the last decade a lot of research into correlation between metabolic syndrome and adrenal incidentalomas has been performed [3–6]. However it remains unexplained, whether adrenal incidentaloma alone could account for the development of metabolic disorders. Yener et al. [6] demonstrated that subjects with nonfunctioning adenomas had several metabolic disorders, in both anthropometric and laboratory indices during 24-months' follow-up. They observed significant increase in the prevalence of dislipidemia, hypertension and pre-diabetes and suggested that autonomous cortisol secretion might be responsible for that, a phenomenon as subtle that it is below the possibility of detection by routine laboratory investigations [6]. Several studies [3–7] reaffirmed high prevalence of obesity, hypertension, hyperlipidemia and diabetes mellitus or glucose intolerance in subjects suffering from adrenal incidental tumors. Kolańska et al. [7] reaffirmed a strong association between obesity and incidentally detected non-functioning adrenal tumors with prevalence of 40%. Present results are comparable with the reports by other authors and support high frequency of features of metabolic syndrome in patients with clinically unapparent adrenal mass.

Conclusion

Patients with incidental adrenal mass are characterized by high prevalence of metabolic syndrome features and because of an increased risk of cardiovascular disease and type 2 diabetes mellitus they should be closely monitored to introduce necessary treatment as early as possible.

Address for correspondence:

Dr n. med. Ewa Kiszczak-Bochyńska

Klinika Endokrynologii SPSK nr 4

ul. Jaczewskiego 8

20-954 Lublin

Tel.: +48 81 724-46-68

E-mail ewakb@op.pl

Received: 18.02.2014

Revised: 14.04.2014

Accepted: 16.04.2014

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Ocena realizacji zaleceń dietetycznych wśród dzieci chorych na mukowiscydozę

Evaluation of the implementation of dietary recommendations among children with cystic fibrosis

WANDA KOMOROWSKA-SZCZEPAŃSKA^{1, A-G}, MARTA SOBIECKA^{2, C, D}¹ Katedra Handlu i Usług Akademii Morskiej w Gdyni² Centrum Medyczne Polmed w Gdyni

A – przygotowanie projektu badania, B – zbieranie danych, C – analiza statystyczna, D – interpretacja danych, E – przygotowanie maszynopisu, F – opracowanie piśmiennictwa, G – pozyskanie funduszy

Streszczenie Wstęp. Mukowiscydoza (CF) jest jedną z najczęstszych chorób metabolicznych rozpoznawaną na podstawie kryteriów klinicznych i laboratoryjnych. Leczenie i opieka nad chorymi musi być kompleksowa i wielospecjalistyczna, a leczenie żywieniowe jest najważniejszym elementem terapeutycznym.

Cel pracy. Przedstawienie realizacji zaleceń dietetycznych wśród dzieci chorych na CF.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono metodą ankietową wśród 50 pacjentów (w wieku 5–18 lat) z CF Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Gdańsku.

Wyniki. Dzieci z CF przestrzegają zaleceń dotyczących spożywania wysokokalorycznych posiłków, dosalania posiłków, spożywania warzyw i owoców oraz przyjmowania enzymów trzustkowych i witamin. Głównym źródłem informacji na temat odpowiedniej diety jest lekarz. Ocena diety stosowanej przez dzieci jest odpowiednia do zalecanej przez lekarza i dietetyka, co pozwala na utrzymanie prawidłowej masy ciała i co potwierdzają uzyskane wartości BMI. Ankietowani umieją opisać swoją chorobę oraz są aktywni fizycznie.

Wnioski. Z przeprowadzonych badań wynika, że dzieci z CF są świadome swojej choroby, znają zasady leczenia żywieniowego i w znacznym stopniu się do nich stosują.

Słowa kluczowe: mukowiscydoza, *cystic fibrosis*, dzieci, dieta.

Summary Background. Cystic fibrosis (CF) is one of the most common metabolic diseases diagnosed based on clinical and laboratory criteria. Treatment and care of the patients must be comprehensive, multidisciplinary, and nutritional therapy is the most important part of the treatment.

Objectives. The goal of the study was to present the implementation of dietary recommendations among children with CF disease.

Material and methods. The study was conducted with a questionnaire method among 50 patients aged 5–18 with CF disease from Specialized Health Care of Mother and Child in Gdansk.

Results. Children with CF follow the recommendations of eating high-calorie meals, salted food, vegetables and fruit and taking pancreatic enzymes and vitamins. The main source of information on proper diet is a doctor. Rating of children's diet agrees with the one recommended by a doctor and a dietitian, which allows to maintain a healthy body weight, confirmed by BMI values. Respondents are able to describe their illness and are physically active.

Conclusions. The study shows that children with CF are aware of their disease, know the rules of nutritional treatment and largely apply to them.

Key words: cystic fibrosis, children, diet.

Wstęp

Mukowiscydoza (*cystic fibrosis* – CF) jest jedną z najczęstszych chorób metabolicznych rozpoznawaną na podstawie kryteriów klinicznych i laboratoryjnych. Leczenie i opieka nad chorymi musi być kompleksowa i wielospecjalistyczna, a leczenie żywieniowe jest najważniejszym elementem terapeutycznym [1].

Cel pracy

Celem pracy było przedstawienie realizacji zaleceń dietetycznych wśród dzieci chorych na mukowiscydozę.

Materiał i metody

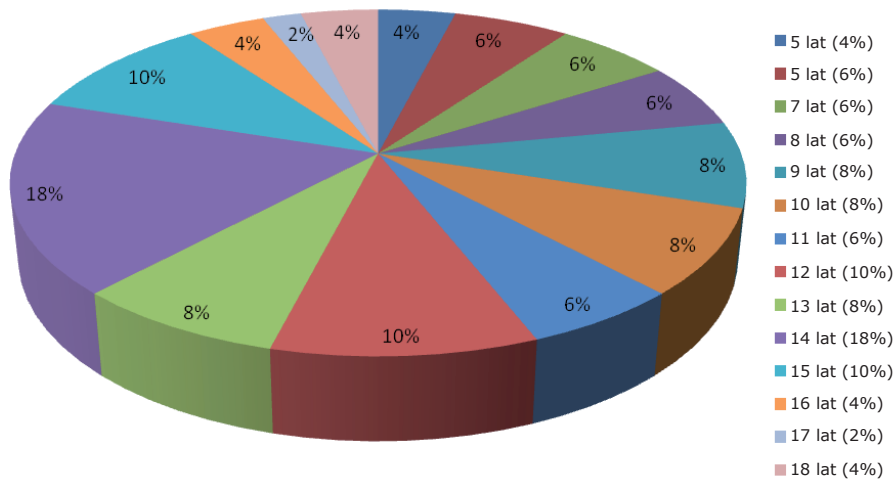
Badanie przeprowadzono wśród 50 pacjentów (w wieku 5–18 lat) z mukowiscydozą Specjalistycznego Zakła-

du Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem „Polanki” w Gdańsku za pomocą specjalnie przygotowanej anonimowej ankiety.

Wyniki

Największą grupę pod względem wieku stanowiły dzieci 14-letnie (ryc. 1). W analizowanej grupie dzieci masa ciała u 70% była prawidłowa, u 20% występowała niedowaga, u 10% – nadwaga.

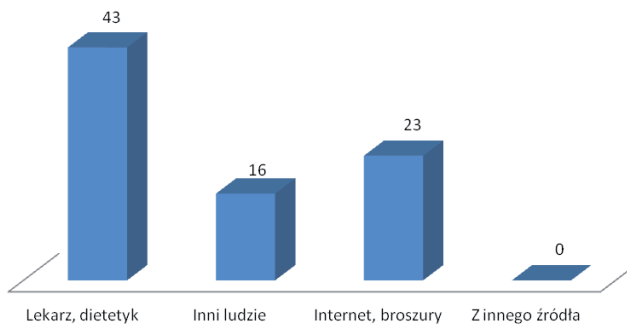
Aby sprawdzić wiedzę chorych na temat choroby, poproszono o krótki jej opis. Okazało się, że wszyscy badani są świadomi swojej choroby i określają ją jako: przewlekła choroba płuc prowadząca do niewydolności oddechowej, produkowany jest gęsty i lepki śluz w drogach oddechowych, utrudnione jest oddychanie, produkowany śluz jest bardzo trudny do usunięcia, występuje zaleganie gęstego śluzu w drogach oddechowych, męczący długotrwały ka-



Rycina 1. Udział procentowy uczestników grupy badawczej

szel, duszność, choroba płuc, nieuleczalna, genetyczna, konieczne są inhalacje, drenaż i przyjmowanie leków, częste infekcje oraz złe wchłanianie pokarmów, uniemożliwia trawienie tłuszczu, częste stolce, mało przybiera się na wadze. Jeden z ankietowanych podał że: „mukowiscydoza polega na ciągłym leczeniu i walczeniu o lepsze jutro”.

Prawidłowo odżywia się 88% ankietowanych, jedynie 12% przyznało się do nieprawidłowego odżywiania. Pod stałą kontrolą dietetyka jest 62% badanych, a 38% nie. Rycina 2 przedstawia skąd respondenci mają wiedzę o prawidłowej diecie.



Rycina 2. Źródło informacji dotyczących prawidłowej diety

Dzieci zapytane o to, czy wiedzą, jaka powinna być dieta w ich chorobie, w 100% podały, że: wysokokaloryczna, wysokobiałkowa, o zwiększonej liczbie posiłków, zwiększonej ilości tłuszczu, dodatkowo przyjmowanych witaminach.

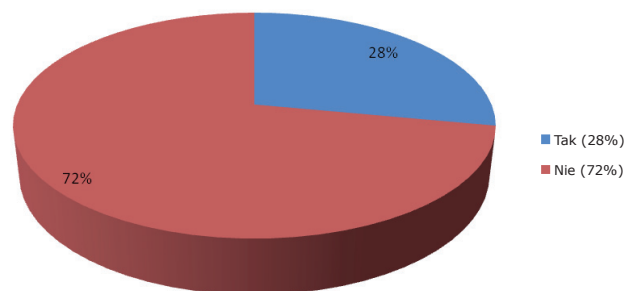
82% ankietowanych dba o wysokokaloryczność diety, a 18% nie dba o to. Preparaty enzymatyczne, które są istotnym elementem leczenia, przyjmuje na stałe 82% respondentów, 18% czasami zapomina w wyniku zmęczenia, spotkań ze znajomymi. Ankietowani zapytani o dosalanie posiłków podczas upałów, gorączki czy zwiększonego wysiłku fizycznego odpowiedzieli następująco: 32% robi to systematycznie, 44% – czasami, a 24% z nich nie robi tego wcale. Kolejne pytanie dotyczyło sposobu zwiększania kaloryczności posiłków, co przedstawia rycina 3. 52% dzieci zwiększa kaloryczność posiłków przez dodawanie do nich różnych produktów (majonez, śmietana), 17% zwiększa liczbę przyjmowanych posiłków, tylko 1 z badanych przedstawił własny sposób zwiększania kaloryczności, a mianowicie – dodawanie do potraw oleju z pestek winogron. 14% zadeklarowało, że nie stara się, aby potrawy były wysokokaloryczne.

Ankietowani, zapytani o podjadanie między posiłkami udzielili następujących odpowiedzi: 44% przyznało się do

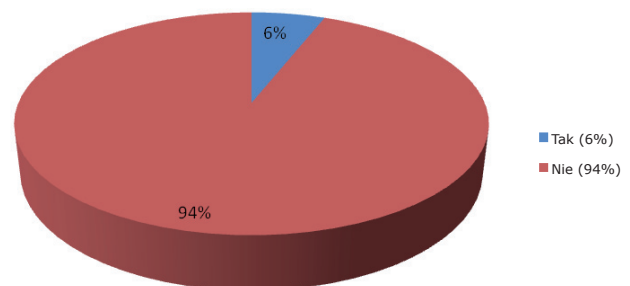
podjadania, 54% robi to tylko czasami, jedynie jedno dziecko odpowiedziało nie. Kolejne dwa pytania dotyczyły spożywania warzyw i owoców (ryc. 4 i 5).



Rycina 3. Sposoby zwiększanie kaloryczności posiłków



Rycina 4. Ograniczanie spożywania warzyw



Rycina 5. Ograniczanie spożywania owoców

Kolejnym ważnym elementem jest przyjmowanie witamin rozpuszczalnych w tłuszczach (A, D, E, K). 84% pamięta o przyjmowaniu witamin, a 16% przyjmuje je nieregularnie.

Kolejne pytanie dotyczyło picia mleka, a dokładniej zawartości w nim tłuszczu. Z zebranych danych wynika,

że: mleko o zawartości tłuszczu 3,2% pije 60% chorych, 2,0% – 24%, 1,5% – 14%, 6% z badanych spożywa mleko krowie, a 8% nie pije mleka w ogóle. Produkty węglowodanowe są częstym elementem diety u 80% badanych dzieci, 20% jada je rzadko.

Ankietowani na pytanie dotyczące postaci, w jakiej spożywają ziemniaki odpowiedziało: 80% – są to ziemniaki gotowane, 24% – pieczone, 20% – puree z masłem i mlekiem.

Do częstego spożywania produktów wysoko węglowodanowych przyznało się tylko 38% dzieci, 62% twierdzi, że nie jada często słodczy, dżemów czy innych produktów.

W kolejnym z pytań poproszono o wypisanie produktów najczęściej pojawiających się w codziennej diecie dzieci. Okazało się, że niczym nie różnią się one od tych spożywanych przez zdrowe dzieci, a najczęściej są to: makaron z sosem, ziemniaki, nabiał, pieczywo, mięsa różnego rodzaju. Respondentów zapytano, czy podczas dnia mają ustalone stałe godziny posiłków – 66% odpowiedziało tak, 34% – nie.

Ostatnie pytanie dotyczyło aktywności fizycznej. 34% ankietowanych jest aktywnych, nie – zaznaczyło 22%, a 44% robi to sporadycznie. Ankietowani wymieniali następujące dyscypliny: jazda konno, fitness, joga, jazda na rowerze, basen, taniec, tenis, siatkówka, wspinaczka, piłka nożna.

Omówienie

Pomimo wielkiego postępu w nauce nadal nie znalaziono leku, który byłby skuteczny w leczeniu choroby. Dzięki

wprowadzeniu badań przesiewowych w kierunku CF wśród noworodków możemy szybko rozpoznać i włączyć leczenie zapobiegając niedożywieniu i zahamowaniu wzrastania [2]. Istotny problem wśród chorych stanowi niedożywienie i dlatego znajomość zasad prawidłowego żywienia jest nieodzownym elementem postępowania leczniczego. Poza tym przestrzeganie zaleceń żywieniowych oraz dobry stan odżywienia wpływa pozytywnie na układ oddechowy, a to pozwala na lepszy komfort życia oraz zwiększa czas przeżycia [3]. Obok leczenia żywieniowego, ze względu na zaburzenia trawienia oraz wchłaniania różnych substancji, konieczne jest stosowanie enzymów trzustkowych oraz witamin w codziennej diecie, co potwierdzają liczne badania [4]. W leczeniu dietetycznym należy wziąć pod uwagę choroby współwystępujące: refluks żołądkowo-jelitowy, niedrożność jelit, choroby wątroby i dróg żółciowych [1]. Dlatego ważne jest przestrzeganie zaleceń leczniczych przedstawionych przez Polską Grupę Roboczą ds. Mukowiscydozy Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego [1].

Wyniki

Z przeprowadzonych badań wynika, że dzieci chore na mukowiscydozę są świadome swojej choroby, znają zasady leczenia żywieniowego i w znacznym stopniu się do nich stosują. Dzięki temu utrzymują prawidłową masę ciała, co potwierdzają uzyskane wartości BMI.

Piśmiennictwo

1. Zasady rozpoznawania i leczenia mukowiscydozy. Stanowisko Polskiej Grupy Roboczej Mukowiscydozy przy Zarządzie Głównym Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego. *Med Prakt Pediatrya* 2000; 3: 66–74.
2. Farrell PM, Kosorok MR, Rock MJ, et al. Early diagnosis of *cystic fibrosis* through neonatal screening prevents severe malnutrition and improves long-term growth. Wisconsin Cystic Fibrosis Neonatal Screening Study Group. *Pediatrics* 2001; 107(1): 1–13.
3. Szczepanik M, Krawczyński M, Cichy W, i wsp. Ewolucja poglądów w zakresie: etiopatogenezy, diagnostyki i terapii mukowiscydozy. *Pediatr Pol* 2003; 2: 153–159.
4. Cichy W, Kaminiarczyk D, Rosińska A. Choroby przewodu pokarmowego a przebieg mukowiscydozy. *Fam Med Prim Care Rev* 2005; 7(3): 685–694.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Wanda Komorowska-Szczepańska
Katedra Handlu i Usług AM
ul. Morska 81/87
81-225 Gdynia
Tel.: 604 772-964
E-mail: wkomorowska@gumed.edu.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 18.02.2014 r.

Po recenzji: 14.04.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 25.04.2014 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Trudności społeczno-ekonomiczne pacjentów ze schizofrenią

Socio-economic difficulties in schizophrenic patients

DONATA KURPAS^{1, 2, A, C-F}, ŁUCJA POCHWAŁA^{3, A-F}, MARIOLA SENI^{4, A, C-E},
IZABELA WRÓBLEWSKA^{2, A, C-E}, BOŻENA MROCZEK^{5, A, C-E}¹ Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu² Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu³ Samodzielny Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Branicach⁴ Zakład Promocji Zdrowia Katedry Zdrowia Publicznego Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu⁵ Zakład Nauk Humanistycznych w Medycynie Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w SzczecinieA – przygotowanie projektu badania, B – zbieranie danych, C – analiza statystyczna, D – interpretacja danych,
E – przygotowanie maszynopisu, F – opracowanie piśmiennictwa, G – pozyskanie funduszy**Streszczenie** **Wstęp.** Dysfunkcja społeczna jest cechą charakterystyczną schizofrenii. Trudności społeczno-ekonomiczne chorych są spowodowane stopniowo narastającym deficytem, który nie zawsze wiąże się z samym procesem chorobowym.**Cel pracy.** Porównanie trudności społeczno-ekonomicznych u chorych na schizofrenię mieszkających samodzielnie z trudnościami chorych przebywających w Domach Pomocy Społecznej.**Materiał i metody.** W badaniu wzięło udział 134 chorych z rozpoznaną schizofrenią, w przedziale wiekowym od 20 do 49 lat (średnia wieku: 30,4 ± 6,24). Badania zostały przeprowadzone wśród mieszkańców Domu Pomocy Społecznej oraz chorych mieszkających samodzielnie lub z rodziną. Do przeprowadzenia badań posłużono się anonimowym kwestionariuszem autorskim.**Wyniki.** Większość badanych (81%, 108) przyznało, że po zachorowaniu przestali pracować i utrzymują się z renty lub zasiłku, 19% (26) respondentów podało, że nadal jest aktywnych zawodowo. 45% (60) stwierdziło, że po zachorowaniu znacznie pogorszyła się ich sytuacja finansowa. 62% (83) badanych podało, że w konsekwencji choroby są mniej zainteresowani kontaktami z ludźmi niż dawniej. Analiza poszczególnych pytań za pomocą jednoczynnikowej ANOVA wykazała, że mieszkańcy DPS-u statystycznie częściej ($p < 0,05$) od pozostałych badanych twierdzili, że: stali się bierni i mało zdecydowani, zerwali lub znacznie ograniczyli kontakty z dawnymi znajomymi, nie wychodzą z domu, bo mają wrażenie, że inni śmieją się z nich, nie mają żadnych planów na przyszłość, co najmniej kilka razy myśleli o zmianie miejsca zamieszkania. Rzadziej twierdzą, że rodzina, przyjaciele, sąsiedzi oraz znajomi rozumieją i wspierają ich w chorobie.**Wnioski.** Chorzy na schizofrenię nisko oceniają swoje funkcjonowanie społeczne. U większości pacjentów występują trudności finansowe. Zachorowanie było przyczyną izolacji społecznej oraz braku perspektyw życiowych. Zaznaczone były u chorych trudności komunikacyjne.**Słowa kluczowe:** trudności społeczno-ekonomiczne, schizofrenia, Dom Pomocy Społecznej.**Summary** **Background.** Social dysfunction is a characteristic feature of schizophrenia. Social difficulties appear in patients in whom a gradual deficit grows, which is not always associated with the disease process.**Objectives.** To compare the socio-economic difficulties in schizophrenic patients living alone, with difficulties in patients residing in the Nursing Homes.**Material and methods.** The study involved 134 patients diagnosed with schizophrenia between the ages of 20–49 years (mean age: 30.4 ± 6.24). The research was conducted among residents of the Nursing Home and those living alone or with family. An anonymous questionnaire was utilized to carry out the study.**Results.** Most of the respondents (81%, 108) said they had stopped working after becoming ill and live on a pension or allowance, 19% (26) of the respondents reported that they are still professionally active. 45% (60) said that after the onset of the disease their financial situation significantly worsened. 62% (83) of respondents reported that under the influence of the disease – they are less interested in contact with people than in the past. Analysis of individual questions using one-way ANOVA showed that residents of the Nursing Homes statistically ($p < 0.05$) more often than the other respondents argued that: they became passive and not very committed, broke or significantly reduced their contacts with old friends, they do not go out of the house, they have the impression that others laugh at them, they do not have any plans for the future, they occasionally think about a change of residence place. They less frequently argue that family, friends understand and support them in the disease.**Conclusions.** Patients with schizophrenia generally evaluate their social functioning as low. The majority of patients experience financial difficulties. Disease was the cause of social isolation and lack of prospects in life. Communication difficulties were indicated by the patients.**Key words:** socio-economic difficulties, schizophrenia, nursing home.

Wstęp

Dysfunkcja społeczna jest cechą charakterystyczną schizofrenii [1, 2]. Trudności społeczne chorych są spowodowane stopniowo narastającym deficytem, który nie zawsze wiąże się z samym procesem chorobowym [3]. Ważnym elemen-

tem, który ma wpływ na funkcjonowanie społeczne, jest wyjątkowe ubóstwo zachowań interpersonalnych i związane z tym wypadanie z ról społecznych. Nie bez znaczenie jest również stosunek społeczny do ludzi cierpiących na schizofrenię, w tym zjawisko stygmatyzacji. Dyskryminacji i „naznaczeniu” ulegają również rodziny chorych, a w szczegól-

ności matki [4]. Problem ten wynika najczęściej z lęku przed nieprzewidywalnością osoby chorej, a także z lęku przed zachorowaniem [5].

Przebieg schizofrenii jest długotrwały o względnie wczesnym początku, z częstymi nawrotami. Szczególną właściwością psychobiologiczną tej choroby jest podatność na stresujące czynniki psychospołeczne. Ta podatność w powiązaniu z obniżoną zdolnością umiejętności społecznych prowadzi do niechęci w angażowanie się w kontakty interpersonalne. Rezultatem takiej postawy jest narastanie izolacji społecznej, poczucia osamotnienia i obniżenia satysfakcji życiowej [6]. Dla chorych na schizofrenię charakterystyczna jest również dezorganizacja podstawowych funkcji psychicznych. Występują zaburzenia w obszarze emocjonalnym, motywacyjnym i poznawczym oraz zniekształcenia w ocenie rzeczywistości. Często wiąże się to z ograniczeniem zainteresowania, prowadzi do bierności i wycofania się z życia społecznego [7].

Określono bezspornie, że akceptacja i świadomość uzyskania pomocy ma korzystny wpływ na przebieg schizofrenii. Dobre rokowanie przebiegu klinicznego schizofrenii można uzyskać, gdy chory otrzymuje wsparcie i zrozumienie ze strony rodziny, ma dostęp do różnych form terapii i zajęć edukacyjnych, a także ma możliwość kontynuowania pracy zawodowej i uczestniczenia w życiu społecznym. Czynniki działające destrukcyjnie i źle rokującymi są m.in.: bezrobocie, bezdomność, samotność [7].

Trudna sytuacja społeczno-ekonomiczna chorych na schizofrenię nie ulega poprawie przez umieszczenie ich w Domu Pomocy Społecznej, ponieważ główną przyczyną ich trudności jest utrata zdolności zarobkowych, utrata zdolności komunikowania się, trudność przeżywania zadowolenia z własnej aktywności i samodzielności, nasilanie się postawy wycofania i bierności, niska samoocena, brak wsparcia społecznego. Stąd w ramach rehabilitacji pacjentów ze schizofrenią zwraca się ogromną uwagę nie tylko na aspekt osobisty, tzn. dbałość o własne sprawy (higiena, wygląd zewnętrzny, samodzielność), ale także zawodowy (dotyczący wytrwałości, stałości) i środowiskowy oraz adekwatność pełnienia ról rodzinnych w zależności od wieku i pozycji pacjenta (umiejętności komunikacyjne, asertywność, umiejętność radzenia sobie z problemami itp.) [3].

Cel badań

Celem badań było porównanie trudności społeczno-ekonomicznych u osób młodych, chorych na schizofrenię mieszkających samodzielnie z trudnościami chorych przebywających w Domach Pomocy Społecznej.

Materiał i metody

W badaniu wzięło udział 134 chorych (36 kobiet, 27% oraz 98 mężczyzn, 73%) z rozpoznaną schizofrenią, w przedziale wiekowym od 20 do 49 lat (średnia wieku: $30,4 \pm 6,24$). Wśród badanych samodzielnie mieszkało 11% (15) badanych, 37% (49) – z rodziną generacyjną, 10% (14) – z rodziną prokreacyjną, z kolei 42% (56) było mieszkańcami Domu Pomocy Społecznej. Najlicniejszą grupę (56%, 75) stanowili badani w wieku 20–30 lat, z ośrodków miejskich (54%, 72), z wykształceniem zawodowym (60%, 79), niepozostający w stałym związku (84%, 113).

Do przeprowadzenia badań posłużono się anonimowym kwestionariuszem autorskim, składającym się z czterech części, obejmujących pytania zamknięte jednokrotnego wyboru. Pierwszą część stanowiła metryczka, drugą: ocena funkcjonowania społecznego i sytuacji finansowej, trzecią: ocena umiejętności komunikowania się, częścią

czwarta określała przeżycia emocjonalne pacjenta (klucz ankiety – tab. 1). Warunkiem przeprowadzenia ankiety była dobrowolna zgoda badanego.

Tabela 1. Klucz ankiety autorskiej

Lp.	Treść pytania	Zasady punktacji
Funkcjonowanie społeczne i sytuacja finansowa		
1.	Po zachorowaniu przestałem pracować i utrzymuję się z renty, zasiłku?	tak = 0 pkt. nie = 1 pkt.
2.	Po zachorowaniu znacznie pogorszyła się moja sytuacja finansowa?	tak = 0 pkt. nie = 1 pkt.
3.	Stałem się od pewnego czasu bierny i mało zdecydowany?	tak = 0 pkt. nie = 1 pkt.
4.	Zerwałem lub znacznie ograniczyłem kontakty z dawnymi znajomymi?	tak = 0 pkt. nie = 1 pkt.
5.	Nie wychodzę z domu, bo mam wrażenie, że inni śmieją się ze mnie i „wytykają” mnie palcami?	tak = 0 pkt. nie = 1 pkt.
6.	Moja rodzina i przyjaciele rozumieją mnie i wspierają w chorobie?	tak = 1 pkt. nie = 0 pkt.
7.	Moi sąsiedzi i znajomi rozumieją mnie i wspierają w chorobie?	tak = 1 pkt. nie = 0 pkt.
8.	Pod wpływem choroby zmieniły się na gorsze moje plany osobiste i zawodowe?	tak = 0 pkt. nie = 1 pkt.
9.	Nie mam żadnych planów na przyszłość?	tak = 0 pkt. nie = 1 pkt.
10.	Co najmniej kilka razy myślałem o zmianie miejsca zamieszkania?	tak = 0 pkt. nie = 1 pkt.
11.	Jestem mniej zainteresowany sprawami seksualnymi?	tak = 0 pkt. nie = 1 pkt.
12.	Straciłem zainteresowanie nawiązywaniem głębszych relacji partnerskich?	tak = 0 pkt. nie = 1 pkt.
Komunikacja		
1.	Interesuje się ludźmi mniej niż dawniej?	tak = 0 pkt. nie = 1 pkt.
2.	Mam poczucie, że nie mam o czym rozmawiać z innymi ludźmi?	tak = 0 pkt. nie = 1 pkt.
3.	To, co mówią inni ludzie budzi u mnie lęk i nieufność?	tak = 0 pkt. nie = 1 pkt.
4.	Gdy znajduję się w towarzystwie, mam kłopoty z rozpoczęciem rozmowy.	tak = 0 pkt. nie = 1 pkt.
5.	Trudno jest mi mówić o moich przeżyciach o odczuciach?	tak = 0 pkt. nie = 1 pkt.
6.	Mam kłopoty z załatwieniem prostych spraw, np. w biurze, w sklepie, w przechodni?	tak = 0 pkt. nie = 1 pkt.
7.	Nie potrafię się porozumieć z moimi najbliższymi?	tak = 0 pkt. nie = 1 pkt.
8.	Mam przynajmniej jedną osobę w swoim otoczeniu, której mogę wszystko powiedzieć?	tak = 1 pkt. nie = 0 pkt.
9.	Potrafię porozmawiać z rodziną, przyjaciółmi o swojej chorobie i kłopotami z nią związanymi?	tak = 1 pkt. nie = 0 pkt.
10.	Rodzina i przyjaciele (byli przyjaciele) unikają i lekceważą (boją się) mnie z powodu choroby?	tak = 0 pkt. nie = 1 pkt.
11.	Ludzie (sąsiedzi, znajomi) unikają i lekceważą (boją się) mnie z powodu choroby?	tak = 0 pkt. nie = 1 pkt.

Tabela 1. Klucz ankiety autorskiej		
Lp.	Treść pytania	Zasady punktacji
Przeżywanie emocjonalne		
1.	Często odczuwam smutek i przygnębienie?	tak = 0 pkt. nie = 1 pkt.
2.	Wstydzę się swojej choroby?	tak = 0 pkt. nie = 1 pkt.
3.	Nie cieszy mnie to, co robię?	tak = 0 pkt. nie = 1 pkt.
4.	Czuję się gorszy od innych ludzi?	tak = 0 pkt. nie = 1 pkt.
5.	Często czuję, że zawiniłem?	tak = 0 pkt. nie = 1 pkt.
6.	Często czuję złość i irytację w kontaktach z innymi ludźmi?	tak = 0 pkt. nie = 1 pkt.
7.	Jest mi wszystko obojętne?	tak = 0 pkt. nie = 1 pkt.
8.	Często się boję (często odczuwam strach lub lęk)?	tak = 0 pkt. nie = 1 pkt.

Analizy poszczególnych zmiennych dokonano za pomocą jednoczynnikowej ANOVA (*analysis of variance*) oraz testu post-hoc NIR. Zgodnie z ogólnymi standardami, za niezbędny poziom istotności uznano 95% prawdopodobieństwo istotności różnic ($p < 0,05$). Analizy wykonano przy użyciu programu STATISTICA 10 firmy StatSoft.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym we Wrocławiu.

Wyniki

Funkcjonowanie społeczne i sytuacja zawodowa

Większość badanych 81% (108) przyznało, że po zachorowaniu przestali pracować i utrzymują się z renty lub zasiłku, 19% (26) respondentów podało, że nadal jest aktywnych zawodowo. 45% (60) stwierdziło, że po zachorowaniu znacznie pogorszyła się ich sytuacja finansowa. 66% (88) badanych podało, że stali się od pewnego czasu bierni i mało zdecydowani. 78% (104) respondentów przyznało, że po zachorowaniu zerwali lub znacznie ograniczyli kontakty z dawnymi znajomymi. 44% (59) badanych podało, że nie wychodzi z domu, bo ma wrażenie, że inni drwią z nich. 24% (32) stwierdziło, że nie czują jakiegokolwiek wsparcia ze strony najbliższych. Równocześnie 55% (74) respondentów przyznało, że sąsiedzi i znajomi rozumieją ich i wspierają w chorobie. 73% (98) badanych podało, że pod wpływem choroby zmieniły się na gorsze ich plany osobiste i zawodowe. 56% (75) stwierdziło, że nie ma żadnych planów na przyszłość. 65% (87) przyznało, że co najmniej kilka razy myślało o zmianie miejsca zamieszkania. Na pytanie o zmniejszenie zainteresowania sprawami seksualnymi 52% (70) respondentów odpowiedziało twierdząco. 47% (63) respondentów stwierdziło, że pod wpływem choroby jest mniej zainteresowanych nawiązywaniem głębszych relacji.

Komunikacja

62% (83) badanych podało, że w konsekwencji choroby jest mniej zainteresowana kontaktami z ludźmi niż dawniej. 60% (81) respondentów potwierdziło, że nie mają o czym rozmawiać z innymi ludźmi. 60% (81) stwierdziło, że to, co mówią inni ludzie, budzi u nich lęk i nieufność. 51% (69) respondentów przyznało, że gdy znajdują się w towarzystwie, mają kłopoty z rozpoczęciem rozmowy. Na pytanie o trudności z mówieniem o przeżyciach i odczuciach 62% (83) osób badanych odpowiedziało twierdząco. Z kolei

46% (62) respondentów podało, że ma kłopoty z załatwieniem prostych spraw, np. w biurze, w sklepie, w przechodni. 49% (65) badanych twierdzi, że nie potrafi porozumieć się ze swoimi najbliższymi. Jedynie 65% (87) respondentów podało, że ma przynajmniej jedną osobę w swoim otoczeniu, której mogą wszystko powiedzieć. 70% (94) sądzi, że potrafi porozmawiać z rodziną, przyjaciółmi o swojej chorobie i kłopotach z nią związanych. Na pytanie o poczucie bycia lekceważonym przez najbliższych z powodu choroby 49% (65) badanych odpowiedziało twierdząco. 50% (67) czuje, że sąsiedzi, znajomi unikają i lekceważą lub boją się ich z powodu choroby.

Przeżywanie emocjonalne

66% (89) badanych przyznało, że często odczuwa smutek i przygnębienie. Z kolei 60% (81) przyznało, że wstydzę się swojej choroby. 62% (83) respondentów podało, że nie cieszy ich codzienna aktywność. Na pytanie o poczucie bycia gorszym od innych ludzi 51% (68) chorych odpowiedziało twierdząco. Z kolei 72% (97) badanych odpowiedziało twierdząco na pytanie o poczucie winy. 49% (66) respondentów stwierdziło, że często czuje złość i irytację w kontaktach z innymi ludźmi. 37% (50) osób przyznało, że jest im wszystko obojętne. 43% (57) chorych podało, że często odczuwa strach lub lęk.

Warunki zamieszkania a samoocena badanych

Mieszkańcy DPS-u (średnia 3,66) swoje funkcjonowanie społeczne i sytuację finansową ocenili gorzej niż badani mieszkający z: rodziną generacyjną (6,62), samodzielnie (6,44) i z rodziną prokreacyjną (6). Różnice były istotne statystycznie ($F = 14,63$; $p < 0,001$). Analiza poszczególnych pytań za pomocą jednoczynnikowej ANOVA wykazała, że mieszkańcy DPS-u statystycznie częściej ($p < 0,05$) od pozostałych badanych twierdzili, że: stali się bierni i mało zdecydowani, zerwali lub znacznie ograniczyli kontakty z dawnymi znajomymi, nie wychodzą z domu, bo mają wrażenie, że inni śmieją się z nich, nie mają żadnych planów na przyszłość, co najmniej kilka razy myśleli o zmianie miejsca zamieszkania. Rzadziej natomiast twierdzą, że rodzina, przyjaciele, sąsiedzi oraz znajomi rozumieją i wspierają ich w chorobie.

Mieszkańcy DPS-u (średnia 3,05) pod względem umiejętności komunikacji ocenili się gorzej niż badani mieszkający z: rodziną generacyjną (7,43), samodzielnie (6,56) i z rodziną prokreacyjną (6,38), różnice te były istotne statystycznie ($F = 28,01$; $p < 0,001$). Analiza poszczególnych pytań za pomocą jednoczynnikowej ANOVA wykazała, że mieszkańcy DPS-u statystycznie częściej ($p < 0,05$) od pozostałych badanych twierdzili że: interesują się ludźmi mniej niż dawniej; mają poczucie, że nie mają o czym rozmawiać z innymi ludźmi; to, co mówią inni ludzie, budzi u nich lęk i nieufność; mają kłopoty z załatwieniem prostych spraw; nie potrafią się porozumieć z najbliższymi osobami oraz że rodzina, przyjaciele, sąsiedzi i znajomi unikają i lekceważą (boją się) ich z powodu choroby. Rzadziej natomiast twierdzą, że mają bliską osobę, z którą mogliby porozmawiać.

Mieszkańcy DPS-u (średnia 2,51) pod względem przeżywania emocjonalnego ocenili się gorzej niż badani mieszkający z: rodziną generacyjną (4,49), samodzielnie (4,22) i z rodziną prokreacyjną (4). Różnice były istotne statystycznie ($F = 28,01$; $p < 0,001$). Analiza poszczególnych pytań za pomocą jednoczynnikowej ANOVA wykazała, że mieszkańcy DPS-u statystycznie częściej ($p < 0,05$) od pozostałych badanych twierdzili, że często odczuwają smutek i przygnębienie, wstydzę się swojej choroby, nie cieszy ich to, co robią, czują się gorsi od innych ludzi oraz że często odczuwają poczucie winy za swoją chorobę.

Mężczyźni wyżej ocenili (średnia 5,95) swoje funkcjonowanie społeczne i sytuację finansową od kobiet (średnia 3,3) ($t = 5,13$; $p < 0,001$), podobnie jak swoje zdolności komunikacyjne (odpowiednio: 5,89 vs. 3,72; $t = 5,13$; $p < 0,001$), wykazano także wyższe wyniki w ocenie emocjo-

nalnej u mężczyzn (3,86) w porównaniu z kobietami (2,7) ($t = 2,23$; $p < 0,05$). Badani mieszkający w mieście (średnia 6,45) swoje funkcjonowanie społeczne i sytuację finansową ocenili lepiej niż respondenci mieszkający na wsi (3,93) ($t = 5,67$; $p < 0,001$), podobnie jak swoje umiejętności komunikacji (odpowiednio: 7,12 vs. 3,27; $t = 5,67$; $p < 0,001$) oraz przeżywanie emocjonalne (odpowiednio: 4,3 vs. 2,75; $t = 5,67$; $p < 0,001$).

Nie wykazano zależności między samooceną w każdej z kategorii a wiekiem, wykształceniem i pozostawaniem w związku stałym ($p > 0,05$).

Dyskusja

Badania własne wykazują, że trudności społeczno-ekonomiczne chorych na schizofrenię mogą wiązać się z niską samooceną, złą sytuacją finansową, złym funkcjonowaniem w relacjach społecznych, ubogą komunikacją oraz słabo rozwiniętą siecią wsparcia społecznego. Podobne wyniki otrzymał Nicolson [8], wykazując, że na jakość życia chorujących na schizofrenię mają wpływ codzienne zajęcia, praca, nauka, aktywny wypoczynek. Chorzy, gdy czują się potrzebni, wykorzystują swój potencjał oraz mogą zadaniom poświęcać dużo wolnego czasu, wykazując przy tym wyższe zadowolenie [8]. Z badań Chądzyńskiej i wsp. [9] wynika, że wraz z wystąpieniem kryzysu psychicznego diametralnie zmienia się samoocena osób chorych na schizofrenię. Ta zmiana własnego obrazu jest niezwykle emocjonalna, co może powodować kryzys tożsamości. Osoby te bardzo negatywnie spoglądają na własne życie po zachorowaniu, co w konsekwencji może powodować zmiany perspektyw, odczuwanych emocji i pogorszenie kompetencji społecznych [9]. Cechnicki i wsp. [10] w swoich badaniach zwrócili uwagę na istotę wsparcia w ramach sieci relacji społecznych. Wykazali, że osoby chore na schizofrenię z bardziej rozbudowanymi relacjami społecznymi i wyższym poziomem wsparcia społecznego wykazują wyższe zadowolenie z jakości życia [10].

Piśmiennictwo

1. Skorupska A, Czyżowicz K. Deficyty funkcjonowania społecznego w schizofrenii – przegląd literatury. *Fam Med Prim Care Rev* 2007; 9: 1060–1063.
2. Stelmach E, Karakuła H, Mohylowska-Topolska J, i wsp. Funkcjonowanie społeczne a poznanie społeczne u osób chorych na schizofrenię. *Curr Prob Psychiatri* 2011; 12: 520–525.
3. Kaczmarek K. *Rehabilitacja jako nieodzowny element współczesnej psychiatrii. Zadania i czynności pielęgniarki w rehabilitacji psychicznie chorych*. Łódź: Wojewódzki Ośrodek Doskonalenia Kadr Medycznych; 1999.
4. Jackowska E. Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię – przegląd badań i mechanizmy psychologiczne. *Psychiatr Pol* 2009; 43: 655–670.
5. Kępiński A. *Schizofrenia*. Kraków: Wydawnictwo Literackie; 2001.
6. Grzesiuk L, red. *Psychoterapia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2002.
7. Wciórka J, Bilikiewicz A, Pużyński S, i wsp. *Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i schizoafektywne*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2002.
8. Hajduk A, Owsianowska J, Robaszkiewicz R, i wsp. Ocena jakości życia pacjentów ze schizofrenią. *Probl Hig Epidemiol* 2008; 89: 437–440.
9. Chądzyńska M, Osuchowska-Kościjańska A, Bednarek A. Porównanie obrazu siebie przed i po wystąpieniu kryzysu psychotycznego poprzez analizę narracji osób chorych na schizofrenię. *Psychiatr Pol* 2012; 46: 951–960.
10. Cechnicki A, Wojciechowska A. Sieć społeczna a jakość życia osób chorujących na schizofrenię w siedem lat od pierwszej hospitalizacji. *Psychiatr Pol* 2007; 41: 527–537.
11. Jarema M. Badanie jakości życia jako alternatywna forma oceny stanu pacjenta. *Nowa Med* 1996; 4: 15–16.
12. Czernikiewicz A, Górecka J. Porównanie subiektywnej i obiektywnej jakości życia w grupie chorych na schizofrenię. *Psychiatr Pol* 2003; 37, 4: 669–681.
13. Badura-Brzoza K, Piegza M, Błachut M, i wsp. Ocena wpływu wybranych czynników psychicznych i socjodemograficznych na jakość życia pacjentów ze schizofrenią. *Psychiatr Pol* 2012; 46: 975–984.

Adres do korespondencji:

Dr hab. n. med. Donata Kurpas

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej UM

ul. Syrokomli 1

51-141 Wrocław

Tel.: 71 325-43-41, e-mail: dkurpas@hotmail.com

Przedstawione badanie potwierdza hipotezę o niższej samoocenie chorych na schizofrenię umieszczonych w Domach Pomocy Społecznej od pozostałych badanych. Bezczynność, brak planów na przyszłość, brak motywacji do działania, nieumiejętne organizowanie czasu wolnego, zmiana własnego obrazu i wkomponowanie go w nowe, nieznanne otoczenie, w znacznym stopniu obniża subiektywne odczucie jakości życia. Wyższe poziomy samooceny (potencjalnie – jakości życia) wykazywali w naszym badaniu mężczyźni. Podobny wynik uzyskał w swoich badaniach Jarema i wsp. [11]. Z kolei Czernikiewicz i wsp. [12] w przeprowadzonych badaniach nie wykazali różnicy między jakością życia u kobiet i mężczyzn.

Warto tu podkreślić, że w badaniu wpływu liczby hospitalizacji na jakość życia Badura-Brzoza i wsp. [13] wykazali negatywny związek między czasem trwania choroby i liczbą hospitalizacji a fizycznym wymiarem jakości życia. W naszym badaniu zmienne socjodemograficzne: wiek, wykształcenie i stan cywilny, były zmiennymi, które nie mają wpływu na psychiczną komponentę samooceny (i potencjalnie – jakości życia), co znalazło także potwierdzenie w badaniu przeprowadzonym przez Badurę-Brzozę i wsp. [13].

Wnioski

Chorzy na schizofrenię ogólnie nisko oceniają swoje funkcjonowanie społeczne. U większości pacjentów występują trudności finansowe. Zachorowanie było przyczyną izolacji społecznej oraz braku perspektyw życiowych. Zaznaczone są u chorych trudności komunikacyjne. W samoocenie funkcjonowania badanych zmienną różnicującą była płeć oraz miejsce zamieszkania. Dodatkowo respondenci przebywający w Domu Pomocy Społecznej swoje funkcjonowanie oceniają gorzej od chorych mieszkających samodzielnie lub z rodziną. Dotyczy to zarówno funkcjonowania społecznego i sytuacji finansowej, jak i umiejętności komunikacji oraz przeżywanie emocjonalnego.

Praca wpłynęła do Redakcji: 14.02.2014 r.

Po recenzji: 1.04.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 2.04.2014 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Opinie rodziców na temat zasadności szczepień obowiązkowych w Polsce

Parents' opinions on the legitimacy of mandatory vaccination in Poland

EWELINA ŁOPATA^{1, A, B, E}, PAWEŁ BIESIADA^{1, A, B, E}, SYLWIA KAŁUCKA^{2, A-G}¹ Studenckie Koło Naukowe Medycyny Rodzinnej przy Pierwszym Zakładzie Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi² Pierwszy Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

A – przygotowanie projektu badania, B – zbieranie danych, C – analiza statystyczna, D – interpretacja danych, E – przygotowanie maszynopisu, F – opracowanie piśmiennictwa, G – pozyskanie funduszy

Streszczenie **Wstęp.** Aby przeprowadzić szczepienia ochronne u dziecka bez zakłóceń, potrzebna jest współpraca z rodzicami. Niestety, w związku z narastaniem negatywnych opinii na temat szczepień ochronnych coraz więcej rodziców rezygnuje ze szczepienia lub opóźnia podanie kolejnej dawki szczepionki u dziecka.

Cel pracy. Poznanie opinii rodziców na temat zasadności szczepień obowiązkowych w Polsce.

Materiał i metody. Badaniem objęto 101 osób posiadających dzieci w wieku do 6 lat. Badanie realizowano w formie autorskiej ankiety przeprowadzanej głównie w punktach szczepień oraz placówkach przedszkolnych.

Wyniki. 80,2% rodziców uważa, że szczepienia ochronne powinny nadal być w Polsce obowiązkowe, ale 19,8% jest za zniesieniem obowiązku szczepień. 19,8% badanych zdarza się nie przestrzegać wyznaczonych terminów zgłaszania się z dzieckiem na szczepienia. 9,9% osób potwierdziło wystąpienie u dziecka niepożądanego objawu poszczepiennego. Lekarz rozmawiał o szczepieniu dziecka tylko z 12,87% spośród rodziców. Najwięcej osób jako źródło informacji o szczepieniach wskazało Internet (89 osób) i znajomych (80 osób), a spośród zawodów medycznych – tylko lekarza (22 osoby).

Wnioski. Prawie 20% spośród badanych rodziców nie zgadza się z utrzymaniem w Polsce obowiązku szczepień ochronnych. Dominującym źródłem informacji o szczepieniach są dla badanych materiały dostępne w Internecie oraz opinie znajomych.

Słowa kluczowe: szczepienia, dziecko, lekarz.

Summary **Background.** The cooperation with parents is required to carry out vaccinations among children without any interference. Unfortunately, due to the negative opinions about vaccinations, the increasing number of parents give up the vaccination or delay administration of the next vaccination dose to their child.

Objectives. The aim of the study was to investigate the opinions of parents on the legitimacy of compulsory vaccination in Poland.

Material and methods. The study involved 101 people who had children aged up to 6 years. The study was carried out in the form of a proprietary survey, conducted mainly in the vaccination points, preschools.

Results. 80.2% of parents consider that vaccinations should be still mandatory in Poland but 19.8% is for discontinuing it. 19.8% of respondents sometimes do not obey deadlines to vaccinate their children. 9.9% of the respondents confirmed the occurrence of postvaccinal side effect in their child. The physician talked to only 12.87% of parents about vaccinations of their child. Most people as a source of information about immunization indicated the Internet (89 respondents), friends (80) and physicians (22).

Conclusions. Almost 20% of the parents do not agree with maintaining obligatory vaccinations in Poland. The predominant source of information about vaccinations for respondents are materials available in the Internet and opinions of friends.

Key words: vaccination, child, physician.

Wstęp

Pierwsze obowiązkowe szczepienia na terenie Polski zaczęto wprowadzać już na początku XIX wieku. W 1919 r. została w Polsce wydana ustawa o przymusowym szczepieniu ochronnym przeciw ospie prawdziwej, co przyczyniło się do całkowitej eradykacji tej choroby na świecie już w 1979 r. [1]. W latach 1955–1963 powstał w Polsce Program Szczepień Ochronnych (PSO), zawierający wykaz szczepień obowiązkowych i zalecanych oraz zasady ich przeprowadzania, popularnie nazywane Kalendarzem Szczepień. Jest on aktualizowany co roku przez Głównego Inspektora Sanitarnego na wniosek Komisji Epidemiologii i Chorób Zakaźnych Rady Sanitarno-Epidemiologicznej i Pediatrycznego Zespołu Ekspertów ds. PSO. Opracowywany jest na podstawie sytuacji epidemiologicznej w Polsce i krajach sąsiednich, zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia

(WHO) oraz możliwości finansowych państwa [2]. Szczepienia obowiązkowe w Polsce prowadzone są wśród dzieci i młodzieży (od pierwszej doby życia dziecka aż do 19. roku życia) oraz wśród osób narażonych w sposób szczególny na zakażenie [3]. Najwięcej szczepień ochronnych wykonywanych jest u dzieci do 6. roku życia, a w szczególności w ciągu pierwszych 2 lat. Aby przeprowadzić je u dziecka bez zakłóceń, potrzebna jest współpraca z rodzicami. Niestety coraz więcej rodziców rezygnuje ze szczepienia lub opóźnia podanie kolejnej dawki szczepionki u dziecka [4]. Wynika to z coraz szerszej wygłaszanych negatywnych opinii na temat szczepień ochronnych i dużej dostępności, przede wszystkim w Internecie i mediach, materiałów propagujących ruch antyszczepionkowy [5]. Przyczynia się do tego narastająca niewiedza i wątpliwości rodziców oraz niewystarczająca liczba rzetelnych materiałów informacyjnych w placówkach medycznych.

Cel pracy

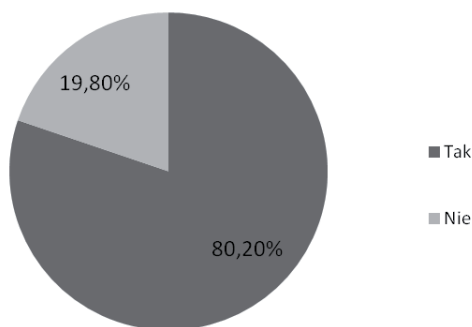
Celem pracy było poznanie opinii rodziców na temat zasadności szczepień obowiązkowych w Polsce.

Materiał i metody

Badaniem objęto 101 osób posiadających dzieci w wieku do 6 lat. Badanie realizowano w formie autorskiej ankiety przeprowadzanej głównie w punktach szczepień oraz placówkach przedszkolnych i szkolnych. Anonimową i dobrowolną ankietę rodzice mogli wypełnić w domu i dopisać swoje komentarze tak istotne dla prowadzonego badania. Na podstawie wyników ankiet została opracowana analiza statystyczna.

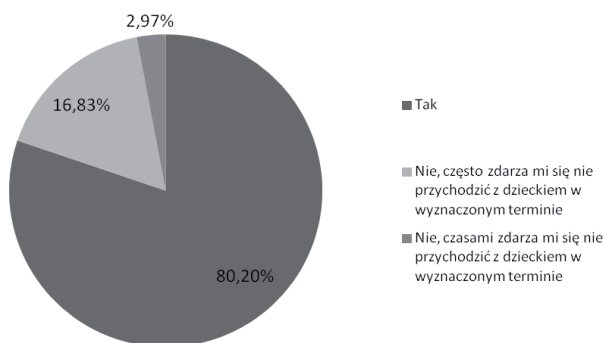
Wyniki

Na postawione rodzicom pytanie: „Czy uważa Pan/Pani, że szczepienia przeciw chorobom zakaźnym wśród dzieci nadal powinny być w Polsce obowiązkowe?” 80,20% rodziców odpowiedziało twierdząco, ale 19,80% z nich wyraziło odpowiedź negatywną (ryc. 1).



Rycina 1. Czy uważa Pan/Pani, że szczepienia przeciw chorobom zakaźnym wśród dzieci nadal powinny być w Polsce obowiązkowe?

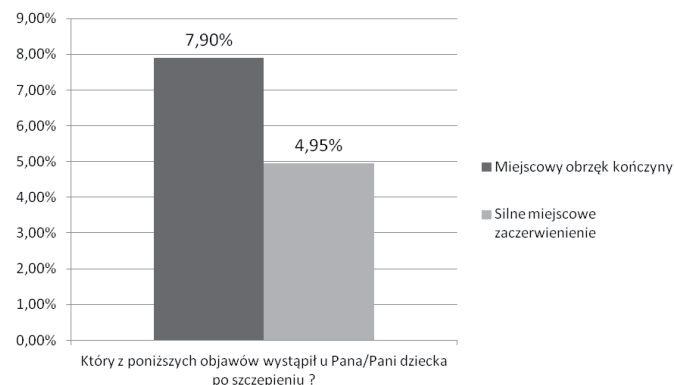
Jednocześnie wszyscy badani zadeklarowali, że poddają swoje dziecko szczepieniom ochronnym zgodnie z obowiązującym kalendarzem szczepień. Jednak 19,8% rodziców zdarza się nie przestrzegać wyznaczonych terminów zgłaszania się z dzieckiem na szczepienia (ryc. 2).



Rycina 2. Czy przestrzega Pan/Pani wyznaczonych dat zgłaszania się z dzieckiem na szczepienia?

Większość osób badanych deklaruje, że wie, jakie mogą być konsekwencje dla społeczeństwa i samego dziecka związane z niezgłaszaniem się z nim na szczepienia. 9,9% spośród badanych potwierdziło wystąpienie u dziecka niepożądanego objawu poszczepiennego. Spośród możliwych

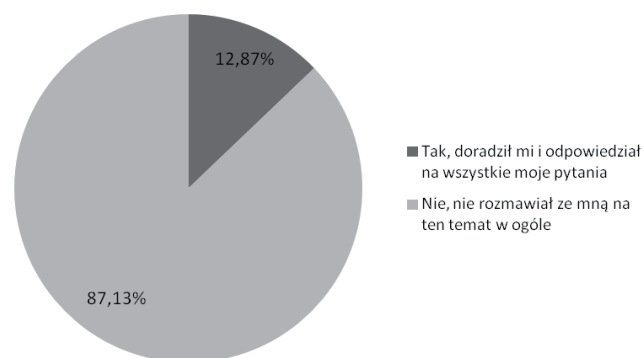
objawów rodzice wybierali miejscowy obrzęk kończyny oraz silne miejscowe zaczerwienienie w miejscu podania szczepionki (ryc. 3). Wszyscy rodzice zgłosili personelowi medycznemu wystąpienie u dziecka niepożądanego objawu poszczepiennego.



Rycina 3. Objawy niepożądane po szczepieniu

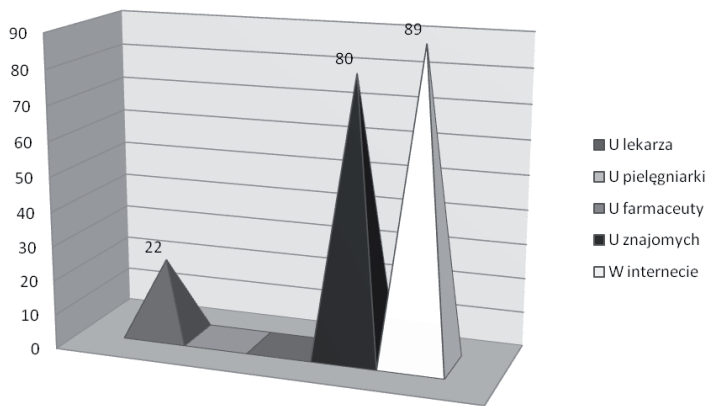
W ankiecie postawiono pytanie o możliwość rozwinięcia się po szczepieniu jakiejś choroby. Wśród najczęściej wymienianych przez rodziców chorób znalazły się: autyzm, dziecięce porażenie mózgowie, różyczka, alergie, reumatoidalne zapalenie stawów, gruźlica, zapalenie płuc, zakażenie rotawirusem, angina, ospa wietrzna.

Aby obniżyć negatywne nastawienie do szczepień ochronnych, personel medyczny powinien dołożyć wszelkich starań i rzetelnie udzielać informacji rodzicom, zgłaszającym się na kolejne szczepienie z dzieckiem [6]. Badanie pokazało jednak, iż tylko z 12,87% rodziców lekarz rozmawiał o szczepieniu dziecka i odpowiedział na pytania w sposób wyczerpujący. Natomiast 87,13% spośród badanych przyznało, że lekarz w ogóle nie rozmawiał z nimi na temat szczepień (ryc. 4).



Rycina 4. Czy przed zaszczepieniem dziecka lekarz rozmawiał z Panem/Panią na temat szczepienia?

Na pytanie, jakich informacji na temat szczepień od pracowników służby zdrowia oczekiwali badani, większość osób odpowiadała, że przede wszystkim rzetelnych i uczciwych oraz dotyczących m.in. działań niepożądanych szczepionek. Tych informacji ponad 3/4 badanych nie otrzymała ani od lekarza ani od pielęgniarki szczepiącej dziecko. Nie dziwi zatem, iż badani poszukują informacji o szczepieniach ochronnych gdzie indziej. Najwięcej osób jako źródło informacji wskazało Internet (89 osób) i znajomych (80 osób), a spośród zawodów medycznych – wskazywano tylko lekarza (22 osoby). Nikt z badanych nie poszukiwał informacji o szczepieniach u pielęgniarki i farmaceuty (ryc. 5).



Rycina 5. Gdzie szukał/szukała Pan/Pani informacji na temat szczepień ochronnych?

Wnioski

1. Prawie 20% spośród badanych rodziców nie zgadza się z utrzymywaniem w Polsce obowiązku szczepień ochronnych.
2. Z wystąpieniem niepożądanego objawu poszczepionego u swojego dziecka zetknęło się 9,9% badanych.
3. Część rodziców słyszała o rozwinęciu się chorób po zaszczepieniu dziecka – najczęściej wymieniane były: autyzm, dziecięce porażenie mózgowe, różyczka, alergie itp.
4. Dominującym źródłem informacji dla badanych są materiały dostępne w Internecie oraz opinie znajomych, a nie profesjonalny personel medyczny.

Piśmiennictwo

1. Materiały publikowane z okazji wystawy „200 lat szczepień ochronnych”. Dostępne na URL: http://www.ceestahc.org/pliki/polecamy/szczepionki/szczepionki_czesc_1.pdf.
2. Dziubek Z, i wsp. *Choroby zakaźne i pasożytnicze*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010.
3. *Program Szczepień Ochronnych na rok 2014*. Załącznik do komunikatu Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 31.10.2013 r. (Dz.Urz. MZ z dnia 31.10.2013 r. poz. 43).
4. Kroger AT, Sumaya CV, Pickering LK. Ogólne wytyczne dotyczące szczepień ochronnych. Zalecenia ACIP. *Med Prakt Szczepienia* 2012; 1: 20–31.
5. Mastalerz-Migas A, Zagórska J, Steciwko A. Fakty i mity na temat szczepień ochronnych w opinii pacjentów praktyki lekarza rodzinnego. *Fam Med Prim Care Rev* 2011; 13(3): 446–449.
6. Wróblewska I, Baran A, Sochocka L, i wsp. Analiza świadomości prozdrowotnej rodziców dzieci i młodzieży objętych Programem Szczepień Ochronnych. *Fam Med Prim Care Rev* 2011; 13(3): 530–535.

Adres do korespondencji:

Ewelina Łopata
ul. Wierzbowa 42/31
90-133 Łódź
Tel.: 517 029-295
E-mail: ewelina.lopata@gmail.com

Praca wpłynęła do Redakcji: 17.02.2014 r.

Po recenzji: 14.04.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 14.04.2014 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Charakterystyka zaburzeń czynnościowych układu stomatognatycznego u pacjentów audiologicznych

The temporomandibular disorders among otologic patients

ZOFIA MACIEJEWSKA-SZANIEC^{1, A, B, D-F}, BARBARA MACIEJEWSKA^{2, A-G},
PAWEŁ PIOTROWSKI^{1, D, G}, BOŻENA WISKIRSKA-WOŹNICA^{2, A, D, G}¹ Klinika Rehabilitacji Narządu Żucia Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu² Katedra i Klinika Foniatrii i Audiologii Uniwersytetu Medycznego w PoznaniuA – przygotowanie projektu badania, B – zbieranie danych, C – analiza statystyczna, D – interpretacja danych,
E – przygotowanie maszynopisu, F – opracowanie piśmiennictwa, G – pozyskanie funduszy

Streszczenie Wstęp. Obserwuje się wzrost zaburzeń czynnościowych układu stomatognatycznego (US). Występują one u 28–80% dorosłych i nawet 75% młodzieży. Ich etiopatogeneza jest wieloprzyczynowa. Patologiczne zmiany w strukturach US mogą rozwijać się bez zauważalnych objawów, dlatego chorzy nie są świadomi ich występowania (niska świadomość zdrowotna społeczeństwa).

Cel pracy. Charakterystyka zaburzeń czynnościowych US pacjentów audiologicznych Kliniki Foniatrii i Audiologii w Poznaniu.

Materiał i metody. 113 osób (63 K i 50 M) w wieku 20–62 lat (śr. 39,05); ankietowe badanie podmiotowe dotyczące dysfunkcji US i specjalistyczne badanie stomatologiczne: zewnątrzustne i wewnątrzustne oraz czynnościowe badanie składowych US.

Wyniki. Częstość występowania zaburzeń US wśród badanych wyniosła aż 73,45%. Wykazano zróżnicowanie objawów dysfunkcji US. Najczęstszym objawem była tkliwość palpacyjna mięśni narządu żucia (prawie 90%). Następnie odnotowano patologiczne starcie zębów (87%), impresje języka (74%), craks (50%).

Wnioski. Obserwuje się różnorodność występowania zaburzeń czynnościowych US. Objawy dysfunkcji US rozwijają się niezauważalnie, dlatego znaczny odsetek chorych jest ich nieświadoma.

Słowa kluczowe: układ stomatognatyczny, czynnościowe zaburzenia.

Summary Background. An increase in TMD can be observed. A multifactor etiology has been attributed to this dysfunction: even 28–80% adults and 75% young people may complain of problems with TMJ.

Objectives. To determinate the prevalence of signs of TMD among otologic patients.

Material and methods. 113 patients (63 W, 50 M) aged 20–62 treated in Department of Phoniatics and Audiology in Poznań were included in the study. The participants were evaluated using the questionnaire and stomatologic clinical examination.

Results. There were various symptoms of TMD. The most common was sensitivity of the masticatory muscles (90%), worn teeth (87%), impression on the tough (74%), cracks (50%).

Conclusions. The symptoms and signs of TMD develop unnoticed, therefore a significant proportion of patients are unaware of them.

Key words: TMJ, TMD.

Wstęp

Obecnie obserwuje się gwałtownie postępujący wzrost liczby pacjentów z zaburzeniami czynnościowymi układu stomatognatycznego (US). Pojęcie zaburzeń czynnościowych US określa szereg dysfunkcji przejawiających się występowaniem objawów bezbólowych (akustycznych i ruchowych) oraz bólowych (stałych lub periodycznych) w obrębie składowych US [1]. Literatura przedmiotu podaje, że dysfunkcje te stanowią, zaraz po próchnicy i chorobach przyzębia, istotny problem stomatologiczny, zaliczając je do chorób cywilizacyjnych. W zależności od stosowanych kryteriów ocenia się, iż dysfunkcje US występują u około 28–80% osób dorosłych i nawet do 75% u młodzieży w wieku 15–17 lat [2]. Dostrzega się stopniowe obniżanie wieku pacjentów z zaburzeniami US. Objawy kliniczne zaburzeń czynnościowych US są różnorodne i charakteryzują się zróżnicowaną lokalizacją [1, 2, 7]. Najczęściej w piśmiennictwie opisuje się objawy zlokalizowane w obrębie składowych US: hiperfunkcja mięśni, patologiczne starcie zębów, ograniczenia ruchomości żuchwy, tkliwość palpacyjna w obrębie stawów skroniowo-żuchwowych, craks. Równie często oznaki dysfunkcji US zaobserwować można

w odległych narządach, np.: głowa, oko, ucho, kręgosłup szyjny [4–6].

Cel pracy

Celem pracy była charakterystyka zaburzeń czynnościowych US u pacjentów audiologicznych.

Materiał i metody

Po zastosowaniu odpowiednich kryteriów wyłączenia (wrodzone wady US, procesy nowotworowe, przebyte urazy/operacje w obrębie twarzoczaszki, choroby ogólnoustrojowe układu krążenia, mięśniowego, OUN) przebadano łącznie 113 pacjentów (63 kobiety i 50 mężczyzn) w wieku 20–62 lat (średnia 39,05 lat) z Katedry i Kliniki Foniatrii i Audiologii UMP. Metodologia obejmowała ankietowe badanie podmiotowe, w którym pacjenci proszeni byli o ocenę obecności lub braku objawów zaburzeń czynnościowych US. Następnie każdorazowo, niezależnie od wyniku ankiety dotyczącej dysfunkcji URNŻ, przeprowadzano specjalistyczne badanie stomatologiczne: zewnątrzustne i wewnątrzustne badanie przedmiotowe oraz czynnościowe badanie składowych układu US.

Wyniki

W całej grupie badanej wykazano różnorodność objawów świadczących o dysfunkcji US. Częstość występowania zaburzeń US wśród badanych wyniosła na podstawie ankietowego badania podmiotowego aż 73,45%. Przeprowadzenie klinicznego badania stomatologicznego wykazało, że 29,02% pacjentów było nieświadomych występowania u nich tych zaburzeń. W tej grupie pacjentów przewagę stanowili mężczyźni (64%). Najczęściej obserwowanym objawem dysfunkcji US w każdej z podgrup była tkliwość palpacyjna mięśni wchodzących w skład narządu żucia (mięśnie skrzydłowe boczne i przyśrodkowe), którą zanotowano u prawie 90%. Następnie w kolejności odnotowano: patologiczne starcie zębów (87%), impresje na bocznej powierzchni trzonu języka (74%), craks (50%).

Dyskusja

Etiopatogeneza dysfunkcji US jest złożona i wieloprzyczynowa. Na ich rozwój mają wpływ intensywność i czas działania czynników etiologicznych, ich współwystępowanie oraz zdolność struktur US do akceptacji zmiennych warunków powstałych wraz z wiekiem czy stresem cywilizacyjnym [7]. Podkreśla się znaczący wpływ na rozwój zaburzeń US wzmożonego napięcia emocjonalnego związanego z długotrwałym stresem, obecność parafunkcji (szkodliwych nawyków), zmiany warunków zwiarciovych (jatrogenne odbudowy utraconych tkanek zęba lub nieprawidłowo wykonane uzupełnienia protetyczne), wady zgryzu, urazy, wady nabyte i wrodzone twarzoczaszki [1–3, 5]. Patologiczne zmiany w strukturach US mogą początkowo rozwijać się bez zauważalnych objawów subiektywnych. Dlatego nie wszyscy chorzy są w pełni świadomi ich wy-

stępowania (niska świadomość zdrowotna społeczeństwa). Badania epidemiologiczne wykazują, że u około 70% zdrowych osób stwierdza się występowanie przynajmniej jednego z objawów dysfunkcji narządu żucia [6]. Jeszcze wyższy (95%) odsetek wykazała Jaworska-Zaremba i wsp [3]. W badaniu własnym przynajmniej jeden objaw dysfunkcji US stwierdzono u 73,45%. Po przeprowadzeniu klinicznego badania stomatologicznego zanotowano, że około 1/3 chorych była nieświadoma występowania u nich tych zaburzeń. W grupie tej dominowali mężczyźni. Mężczyźni rzadziej niż kobiety zwracają uwagę na stan swojego zdrowia. Wśród wszystkich badanych dominował objaw tkliwości palpacyjnej mięśni skrzydłowych bocznych i przyśrodkowych (90%). W badaniach Jancelewicz również wskazuje ten objaw zaburzeń US jako jeden z głównych [2]. Patologiczne starcie zębów jest wynikiem przeciążenia zębów przednich z powodu braków zębowych w strefach podparcia. Dwa ww. objawy były w naszym materiale częściej odnotowywane u pacjentów z nieuzupełnionymi brakami zębowymi. Sugeruje to znaczący wpływ prawidłowych warunków zwiarciovych na poprawne funkcjonowanie składowych US [1]. Impresje na bocznej powierzchni trzonu języka powstają w wyniku bruksizmu – parafunkcji zwiarciovej, która jest niekontrolowaną odpowiedzią organizmu na stres [5, 6]. W następstwie zbyt dużych sił dochodzi również do pionowych pęknięć w obrębie szkliwa najczęściej zębów siecznych górnych i dolnych.

Wnioski

1. W populacji obserwuje się dużą częstość i różnorodność występowania zaburzeń czynnościowych US.
2. Objawy dysfunkcji US rozwijają się początkowo niezauważalnie, dlatego znaczny odsetek chorych jest ich nieświadoma.

Piśmiennictwo

1. Dupas PH. Powstanie dysfunkcji czaszkowo-żuchwowej. W: *Dysfunkcja czaszkowo-żuchwowa. Od diagnozy po szynę zgryzową*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009: 3–19.
2. Jancelewicz M. Dysfunkcje układu stomatognatycznego narastającym problemem współczesnej opieki zdrowotnej – przyczyny wzrostu występowania tej dysfunkcji. *Hygeia Public Health* 2010; 45(1): 17–20.
3. Jaworska-Zaremba M, Rusiniak-Kubik K, Kieruczenko J, i wsp. Ocena nasilenia dysfunkcji układu ruchowego narządu żucia u pacjentów z brakami uzębienia. *Protet Stomatol* 2008; 4: 267–273.
4. Lauriti L, Motta LJ, Silva PF, et al. Are occlusal characteristics, headach, parafunctional habits and clicking sounds associated with the signs and symptoms of Temporomandibular disorder in adolescents? *J Phys Ther Sci* 2013; 25: 1331–1334.
5. Maciejewska-Szaniec Z, Maciejewska B, Wiskirska-Woźnica B, i wsp. Szumy uszne u chorych z zaburzeniami czynnościowymi układu ruchowego narządu żucia. *Fam Med Prim Care Rev* 2013; 15(3): 347–348.
6. Nishio C, Tanimoto K, Hirose M, et al. Stress analysis in the temporomandibular condyle during prolonged clenching: a theoretical approach with the finite element method. *Proc Inst Mech Eng H* 2009; 223(6): 739–748.
7. Rammelsberg MP, Hassel A. The prevalence of signs and symptoms of temporomandibular disorders in very old subject. *J Oral Rehabi* 2005; 32: 467–473.

Adres do korespondencji:

Lek. dent. Zofia Maciejewska-Szaniec
Klinika Rehabilitacji Narządu Żucia UM
ul. Bukowska 70
60-812 Poznań
Tel.: 61 854-70-94
E-mail: zofiamaciejewska@wp.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 17.02.2014 r.

Po recenzji: 14.04.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 17.04.2014 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Świadomość zdrowotna i samoocena w zakresie otyłości i nadwagi pacjentów praktyk lekarza rodzinnego

Health self-awareness and self-esteem in the field of obesity and overweight of GP's patients

SZYMON MANASTERSKI^{1, B-F}, AGATA SŁAWIN^{2, A-E}, MARZENA DAWIEC^{3, A-E}, JACEK KRAJEWSKI^{4, A-D}, AGNIESZKA MASTALERZ-MIGAS^{1, 5, A, B, D, G}¹ Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu² NZOZ Praktyka Lekarza Rodzinnej Agata Sławin w Kiełczowie³ Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych Dzieci Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu⁴ Praktyka Lekarza Rodzinnej Jacek Krajewski w Udaniu⁵ Centrum Medyczne AD-MED we Wrocławiu**A** – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy**Streszczenie** **Wstęp.** Nadwaga i otyłość to czynniki determinujące wiele schorzeń, z którymi zgłaszają się pacjenci do Praktyki Lekarza Rodzinnej.**Cel pracy.** Ocena poziomu wiedzy pacjentów na temat swoich danych w zakresie wagi, wzrostu oraz obwodu brzucha, a następnie porównanie samooceny pacjentów w stosunku do obiektywnie zdefiniowanych wartości – BMI, w zależności od wieku, płci, poziomu wykształcenia oraz miejsca zamieszkania.**Materiał i metody.** Zbadano 957 dorosłych pacjentów z 3 praktyk lekarzy rodzinnych zlokalizowanych w dużym mieście, małym mieście i na wsi. Narzędziem badawczym była ankieta z pytaniami zamkniętymi i otwartymi.**Wyniki.** Poziom znajomości wzrostu, wagi i obwodu brzucha nie różnił się wśród ankietowanych w zależności od wieku, płci, wykształcenia oraz miejsca zamieszkania. Różnice dotyczyły samooceny ankietowanych: najbardziej optymistycznie oceniali się mężczyźni z terenów wiejskich; prawidłowo ważący pacjenci, oceniający siebie jako osoby z nadwagą lub otyłością rekrutowali się częściej spośród młodych kobiet z wyższym wykształceniem.**Wnioski.** Poziom znajomości swoich danych w zakresie wagi i wzrostu nie warunkuje prawidłowej samooceny pacjentów.**Słowa kluczowe:** otyłość, BMI, samoocena.**Summary** **Background.** Overweight and obesity are factors that determine many diseases with which patients present themselves to the Family Practice Physician.**Objectives.** Assessment of the patient's knowledge level of their weight, height and abdominal circumference and then comparison of their self-esteem in the relation to objectively defined values, such as age, gender, level of education and place of residence.**Material and methods.** The study was conducted on a group of 957 adults in 3 GP's practices located in a big city, small town and in the country. The research tool was a questionnaire with closed and open questions.**Results.** Knowledge of one's height, weight and abdominal circumference did not differ among the respondents according to age, gender, education and place of residence. An assessment of patients' weight varied: the most optimistic patients were men from rural areas; properly weighing patients evaluating themselves as overweight or obese often were recruited among young, highly educated females.**Conclusions.** The patients level of knowledge of weight and height is not a prerequisite for the proper patient's self-esteem.**Key words:** obesity, BMI, self-esteem.

Wstęp

Otyłość prosta jest uważana za pandemię XXI wieku. Według badania NATPOL 2011, w populacji w wieku 15 lat i więcej odsetek osób z nadwagą wzrósł z poziomu 31,7% w 1996 r. do 36,4% w 2009 r., zaś z otyłością – z 11,4 do 15,8% [1]. Do środowiskowych czynników ryzyka rozwoju otyłości należą m.in. złe nawyki żywieniowe i zmniejszona aktywność fizyczna [2]. Podstawowym elementem w identyfikowaniu czynników ryzyka rozwoju otyłości jest samoświadomość pacjenta i umiejętność realnej oceny swojej wagi. Niniejsza praca przedstawia analizę porównawczą między samooceną pacjentów praktyk lekarza rodzinnego w zakresie swojej wagi, a obiektywną oceną w oparciu o BMI, z uwzględnieniem różnic wynikających z płci, wieku, wykształcenia i miejsca zamieszkania. Aby

pacjent rozpoczął skuteczne leczenie w oparciu o zmianę nawyków, musi umieć prawidłowo oceniać swoje czynniki ryzyka i wynikające z niego zagrożenia. Przez aktywne korygowanie błędnego wyobrażenia pacjentów na temat swojego stanu zdrowia lekarz rodzinny oraz mass media mogą przyczynić się do zmniejszenia częstości występowania powikłań otyłości [3].

Cel pracy

Celami pracy były:

1. Ocena poziomu wiedzy pacjentów na temat swoich danych w zakresie wzrostu, wagi i obwodu brzucha oraz określenie zależności znajomości tych parametrów od wieku, płci, poziomu wykształcenia oraz miejsca zamieszkania.

- Zbadanie samoświadomości pacjentów w stosunku do obiektywnie zdefiniowanych wartości nadwagi i otyłości, w zależności od wieku, płci, poziomu wykształcenia oraz miejsca zamieszkania.
- Identyfikacja grup pacjentów szczególnie narażonych na błędne interpretowanie swojego BMI.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono na grupie 967 dorosłych pacjentów, spośród których 865 wypełniło ankietę prawidłowo. Grupa ta, składająca się z 565 kobiet oraz 300 mężczyzn, rekrutowana była spośród trzech praktyk lekarzy rodzinnych, zlokalizowanych w ośrodkach o zróżnicowanym stopniu urbanizacji. 170 ankietowanych (20%) było pacjentami placówki we Wrocławiu, 408 (47%) – placówki na wsi podmiejskiej w powiecie wrocławskim, natomiast 287 (33%) – placówki na terenie typowo wiejskim. Pacjenci zostali podzieleni na cztery grupy wiekowe: 18–35 lat – 32%, 36–50 lat – 32%, 51–65 lat – 25% i > 65 lat – 12% ankietowanych. Badani z podstawowym wykształceniem stanowili 14% grupy badanej, z wykształceniem średnim – 48%, a z wyższym – 38%.

Narzędziem badawczym była autorska anonimowa ankieta z piętnastoma pytaniami zamkniętymi i otwartymi, wypełniana przez pacjentów losowo zgłaszających się do wymienionych praktyk lekarzy rodzinnych w okresie 2 tygodni kwietnia 2013 r. Ankietowani byli pytani o swoją wagę (kg), wzrost (cm), a także o własną ocenę swojej wagi (mam nadwagę/mam otyłość/ważę prawidłowo).

Wyniki

Badanie wykazało bardzo wysoki poziom znajomości swojego wzrostu (99% badanych) i wagi (97%). Znajomość swojego obwodu brzucha potwierdziło już tylko 44% spośród ankietowanych. Wykształcenie oraz wiek nie miały istotnego wpływu na znajomość ww. parametrów. Obwód brzucha najłatwiej był znany grupie najmłodszych ankietowanych i sięgał 32%, podczas gdy grupy starsze znały ten parametr w odpowiednio: 45, 51 i 57%. Płeć badanych nie wpływała na poziom znajomości swojego wzrostu i wagi. Kobiety znały swój obwód brzucha częściej niż mężczyźni (49,7% w porównaniu z 40,5%). Wiedza ankietowanych dotycząca znajomości swojego wzrostu i wagi nie różniła się w zależności od miejsca zamieszkania (96–100%), jed-

nakże badani z terenów wiejskich znali swój obwód brzucha częściej (54%) niż grupa z dużego miasta (40%) i miasta średniego (38%).

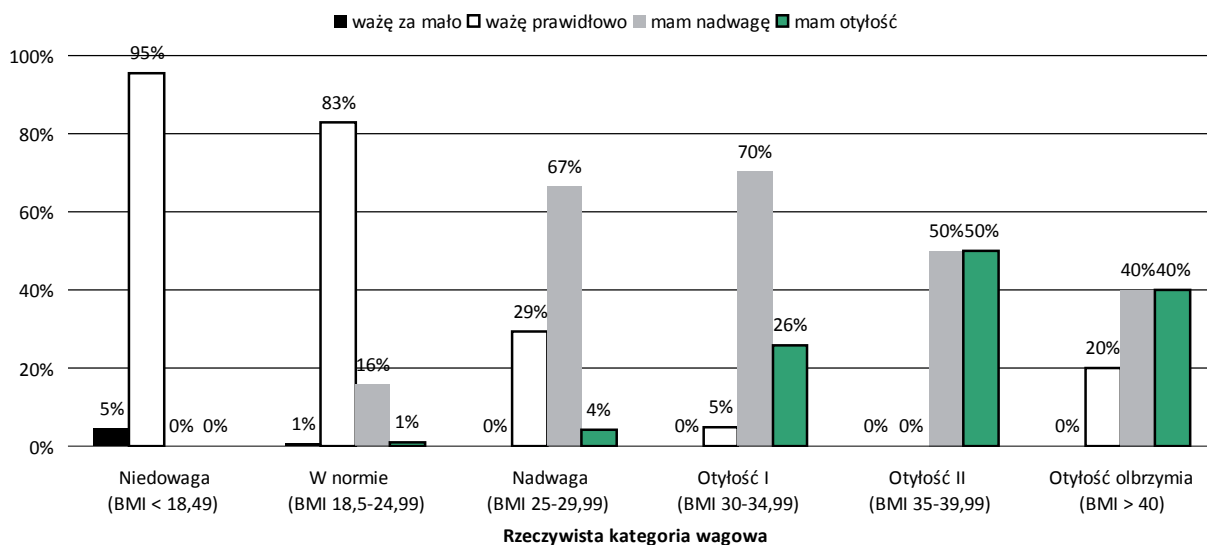
Ankietowanych pacjentów zapytano o własną ocenę dotyczącą swojej wagi i porównano ją z BMI wyliczonym na podstawie podanych przez ankietowanych danych. W kategorii niedowagi (BMI < 18,49) aż 95% określiło swoją wagę jako prawidłową. Spośród pacjentów z nadwagą tylko 67% badanych oceniło się właściwie, natomiast 29% uważało, że waży prawidłowo. 70% ankietowanych z otyłością pierwszego stopnia określiło swój stan tylko jako nadwagę. Tendencja ta obecna jest także wśród osób z otyłością drugiego stopnia i otyłością olbrzymią. Odsetek osób prawidłowo oceniających swoją nadwagę wynosił odpowiednio: 50 i 40%.

Analiza zebranych danych pozwoliła na wyłonienie dwóch grup pacjentów, znacząco różniących się samooceną. Pierwsza grupa to badani, którzy pomimo iż cierpieli na nadwagę lub otyłość oceniali swój stan jako prawidłowy. Grupa ta liczyła 93 osoby i składała się w większości z osób w wieku 36–65 lat oraz osób o średnim wykształceniu (46%), mieszkających na terenach wiejskich (48%) i podmiejskich (38%). 68% spośród tych osób stanowili mężczyźni.

Druga grupa, znacząco różniąca się samooceną, oceniała swój stan jako nadwagę, mimo iż ich BMI było w granicach normy lub poniżej, tj. wchodziło w obszar niedowagi. Grupa ta, licząca 58 osób, składająca się w większości z kobiet (86%), charakteryzowała się młodym wiekiem, wysokim poziomem wykształcenia oraz wywodziła się z terenów podmiejskich.

Wnioski

Wysoki poziom znajomości swoich danych w zakresie wagi i wzrostu nie przekłada się na prawidłową samoocenę pacjentów. Istnieją znaczące rozbieżności między obiektywnie zdefiniowanymi wartościami, do których należy BMI, a własną oceną swojej wagi przez badanych. Jak wykazano, stan ten nie jest zależny od poziomu wykształcenia, gdyż podobny odsetek osób z podstawowym, jak i wyższym wykształceniem nieprawidłowo interpretuje swoje dane wynikające ze stosunku wagi do wzrostu. Z kolei czynniki, takie jak: wiek, płeć czy miejsce zamieszkania, mają wpływ na poziom samooceny pacjentów. Edukując pacjentów, należy zwrócić szczególną uwagę na mężczyzn w średnim wieku, mieszkających na terenach wiejskich.



Rycina 1. Samoocena ankietowanych dotycząca wagi a rzeczywiste BMI

Również stosunkowo niski poziom wiedzy dotyczący obwodu brzucha ankietowanych pokazuje, że świadomość dotycząca tego ważnego czynnika ryzyka związanego z otyłością nie jest szeroko znana pacjentom.

Wydaje się słuszne stwierdzenie, że pacjentów należy aktywnie uświadamiac i edukowac tak, by urealniac ich

samoocenę dotyczącą swojej wagi. Takie aktywne zaangażowanie lekarza rodzinnego w edukację pacjentów może przynieść korzyść w zakresie samoświadomości pacjentów i docelowo wpłynąć na wcześniejszą zmianę nawyków żywieniowych oraz stylu życia pacjentów z nadwagą i otyłością.

Piśmiennictwo

1. Jankowski W, Kuskowski P, Strojny M, i wsp. *Analiza zmian społeczno-demograficznych oraz wpływu złego odżywiania, niedostatecznej aktywności fizycznej, nałogów i innych czynników ryzyka na rozpowszechnienie oraz koszty cukrzycy i chorób sercowo-naczyniowych w Polsce*. KPMG 2012, cytowane dnia 13.02.2014. Dostępne na: zdrowepokolenia.org/data/pdf/raport_kpmg.pdf.
2. Szczeklik A. *Choroby wewnętrzne Stan wiedzy na rok 2011*. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2011.
3. Ciupał M, Mastalerz-Migas A. Mass media w promocji zdrowego trybu życia. *Fam Med Prim Care Rev* 2013; 15(2): 83–84.

Adres do korespondencji:

Lek. Szymon Manasterski

ul. Mikołaja Reja 82/2B

50-343 Wrocław

Tel.: 691 610-902

E-mail: smanasterski@gmail.com

Praca wpłynęła do Redakcji: 17.02.2014 r.

Po recenzji: 14.04.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 17.04.2014 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

PL ISSN 1734-3402

Spadek zainteresowania szczepieniami przeciw grypie wśród pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej w dwóch ostatnich sezonach: 2012–2013 i 2013–2014

The decrease in interest in vaccination against influenza among primary care patients in the last two seasons: 2012–2013 and 2013–2014

MARCIN MASZKE^{1, A, B, E}, AGNIESZKA STASIAK^{1, A, B, E}, SYLWIA KAŁUCKA^{2, A-G}¹ Studenckie Koło Naukowe Medycyny Rodzinnej przy Pierwszym Zakładzie Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi² Pierwszy Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

A – przygotowanie projektu badania, B – zbieranie danych, C – analiza statystyczna, D – interpretacja danych, E – przygotowanie maszynopisu, F – opracowanie piśmiennictwa, G – pozyskanie funduszy

Streszczenie Wstęp. Grypa zbyt często lekceważona jest przez pacjentów, którzy utożsamiają ją z przeziębieniem, narażając swoje zdrowie i życie. Jest poważnym problemem zdrowotnym, społecznym i ekonomicznym. W styczniu 2013 r. na grype zachorowało 558 162 osób i było to więcej niż w tym samym okresie rok temu (80 tys.). Większość zachorowań dotyczyła osób w wieku 15–64 lata. W sezonie 2012/13 zaszczepiło się 3,8% Polaków, to jest mniej niż w 2011/12, gdy zaszczepiło się 4,5%.

Cel pracy. Sprawdzenie, jaki odsetek pacjentów zaszczepił się przeciw grypie oraz ich wiedzy na temat grypy.

Materiał i metody. Badanie ankietowe przeprowadzono na losowo dobranej grupie pacjentów zgłaszających się do lekarza rodzinnego. Łącznie w badaniu wzięło udział 317 osób w wieku 30–64 lata (śr. 43 lat, SD = 15,81).

Wyniki. Wśród badanych zaszczepiło się 3,78% pacjentów. Były to osoby w wieku 60–67 lat, chorujące na chorobę niedokrwienną serca i/lub nadciśnienie tętnicze. Badani zaszczepili się w gabinecie lekarza rodzinnego po jego rekomendacji. W grupie badanej również odnotowaliśmy spadek liczby szczepionych, podobnie jak w ogólnej populacji. W sezonie 2012/13 zaszczepiło się 4,4% respondentów, natomiast w sezonie 2013/14 – już tylko 3,16%. Cieszy natomiast fakt, że wszyscy szczepieni zdają sobie sprawę z tego, iż należy szczepić się rok rocznie.

Wnioski. Nadal zbyt mały odsetek pacjentów szczepi się przeciw grypie, co ma poważne skutki ekonomiczno-społeczne. Szczepienie przeciw grypie powinno stać się bardziej powszechne i bezpłatne szczególnie dla grup ryzyka, co pozwoli zmniejszyć odsetek chorych i koszty leczenia.

Słowa kluczowe: szczepienie, grypa, pacjenci, lekarz rodzinny, Łódź.

Summary Background. Influenza is very often confused with the common cold, which exposes a person to complications from influenza. It is a serious health, social and economic problem. In January 2013, 558 162 people had flu and it was more than in the same period a year ago (80 thousand). Most of the cases involved people aged 15–64. In season 2011/2012 4.5% of the population were vaccinated against influenza, and in the last season 2012/2013 even less, only 3.8%.

Objectives. The aim of this study was to check whether patients vaccinate against influenza and their knowledge about the viral infection.

Material and methods. The survey was conducted on a randomly selected group of patients admitted to the family doctor. In total, the study involved 317 people aged 30–64 years (average 43 years, SD = 15.81).

Results. Among the patients the percentage of respondents vaccinated against influenza was 3.78%. These were people aged 60–67 years, suffering from ischemic heart disease and/or hypertension. Respondents were vaccinated at family doctor's office following his recommendation. In this study group the authors also noted a decrease in the number of vaccinated, as in the general population. In the season 2012/2013 4.4% of respondents were immunized, while in season 2013/2014 it was only 3.16%. It is satisfying that all vaccinated patients know that they should be vaccinated every year.

Conclusions. Still too low percentage of patients is vaccinated against the flu, which has serious economic and social consequences. Vaccination against influenza should become more common and free, especially for risk groups, which will reduce the number of sick people and medical costs.

Key words: vaccination, influenza, patients, family doctor, Lodz.

Wstęp

Grypa jest zbyt często lekceważona przez pacjentów, którzy utożsamiają ją z przeziębieniem, narażając swoje zdrowie i życie. W styczniu 2013 r. w województwie łódzkim odnotowano 65 301 zachorowań na grype i infekcje grypopodobne. Rok później, zachorowań mamy już 14 567 osób, a sezon jeszcze się nie skończył [1]. Ogrom tych liczb

pokazuje, jak ważna staje się profilaktyka i szczepienia przeciw grypie. Minęło już 70 lat od pierwszych szczepień przeciw grypie, a sama szczepionka została udoskonalona i rok rocznie jest produkowana z 2 rekomendowanych na dany sezon szczepów wirusa grypy [2]. Niestety, jak pokazują statystyki, w sezonie 2012/2013 skorzystało ze szczepień jedynie 3,7% Polaków [3]. Tak niski odsetek szczepionych powoduje, że grypa dotyka większej populacji, staje

się poważnym problemem zdrowotnym i ekonomicznym dla społeczeństwa. Według raportu specjalisty z firmy Ernst & Young, roczne koszty spowodowane przez grypę to wydatek minimum 600 mln złotych, a w przypadku wybuchu epidemii grypy nawet 5 mld złotych [4].

Cel pracy

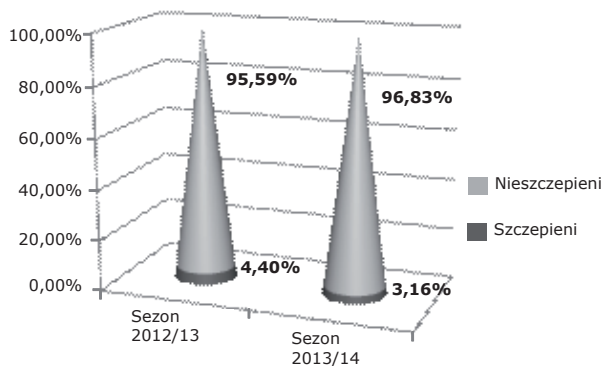
Celem pracy było porównanie, jaki odsetek pacjentów zaszczepił się przeciw grypie w sezonie 2012/2013 i 2013/2014 oraz ich wiedzy na temat grypy i szczepienia przeciw grypie.

Materiał i metody

Badanie wykonane za pomocą autorskiego kwestionariusza przeprowadzono na losowo dobranej grupie pacjentów zgłaszających się do lekarza rodzinnego na terenie województwa łódzkiego. Łącznie w badaniu wzięło udział 317 osób w wieku 30–64 lat (średnia wieku 43 lata, SD = 15,81). W sezonie 2012/2013 przebadano 159 pacjentów, natomiast w sezonie 2013/2014 do 31.01.2014 – 158. Badanie uzyskało zgodę Komisji Etyki Uniwersytetu Medycznego w Łodzi o numerze RNN/141/13/KB.

Wyniki

Wśród badanych zaszczepiło się przeciw grypie 3,78% osób ($n = 12$). W sezonie 2012/2013 było ich 4,4% ($n = 7$), natomiast w sezonie 2013/2014 jeszcze mniej 3,16% ($n = 5$). Wszyscy zaszczepieni to pacjenci w wieku 60–67 lat, chorujący na przewlekłą chorobę niedokrwienną serca i/lub nadciśnienie tętnicze. Wśród zaszczepionych pacjentów, wszyscy szczepią się regularnie (ryc. 1).



Rycina 1. Poziom zaszczepienia przeciw grypie w sezonie 2012/2013 i 2013/2014

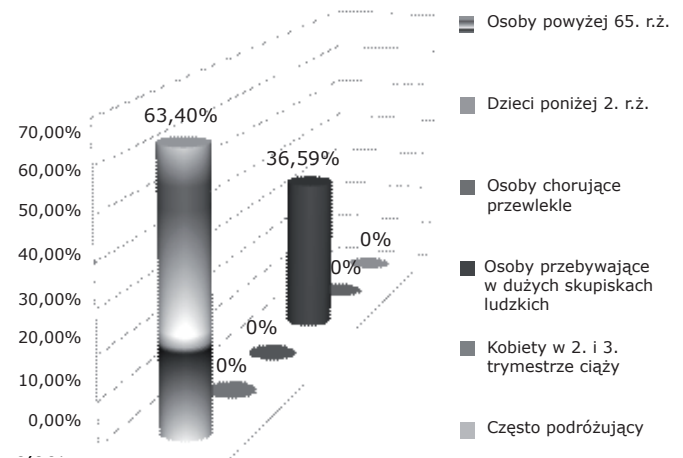
Tylko u 3 spośród 12 osób zaszczepionych w ciągu dwóch lat odnotowano objawy uboczne występujące po podaniu szczepionki. Były to: bolesność w miejscu wklucia, złe samopoczucie oraz bóle głowy. W sezonie 2012/2013 i 2013/2014 rekomendacje o szczepieniu przeciw grypie badani najczęściej otrzymali od lekarza rodzinnego (100%). Do szczepień przekonali ich także członkowie rodziny 66,6% ($n = 8$) ($\chi^2 = 1,886$; $p > 0,05$); znajomi 16,66% ($n = 2$; $\chi^2 = 0,235$; $p > 0,05$). 25% ($n = 3$) pacjentów zaszczepiło się dzięki akcji promocyjnej szczepień w zakładzie pracy ($\chi^2 = 0,79$; $p > 0,05$). W badaniu porównawczym nie odnotowano różnic istotnych statystycznie między badanymi osobami w dwóch sezonach (tab. 1).

Kolejnym aspektem w badaniu jest wiedza pacjentów na temat szczepienia oraz samej grypy. Zapytaliśmy pacjentów, czy wiedzą, jakim osobom szczepienie jest szcze-

gólnie zalecane. 63,4% ($n = 201$) poleciłoby szczepienie osobom powyżej 65. roku życia, ale 36,59% ($n = 116$) nie wie, iż ze szczepień powinny skorzystać także osoby często przebywające w dużych skupiskach ludzkich. Niestety żaden z badanych nie odpowiedział, iż szczepić się powinny osoby często podróżujące, z chorobami przewlekłymi, dzieci poniżej 2. roku życia oraz kobiety w II i III trymestrze ciąży (ryc. 2).

Tabela 1. Informacja na temat szczepień przeciwko grypie

Skąd pochodzi informacja o możliwości szczepienia?	Sezon 2012/2013	Sezon 2013/2014
Rodzina	100%	20%
Lekarz rodzinny	100%	100%
Telewizja	0%	0%
Prasa	0%	0%
Lekarz specjalista	0%	0%
Z pracy	42,8%	0%
Radio	0%	0%
Farmaceuci	0%	0%
Znajomi	28,57%	0%
Inne	0%	%



Rycina 2. Komu zalecane jest szczepienie przeciw grypie

Grypa jest chorobą, która może przyczynić się do rozwoju powikłań. Wśród naszych badanych wszystkie zaszczepione osoby zdawały sobie sprawę z powikłań, jakie może spowodować zachorowanie na grypę.

Dyskusja

W badaniu tylko 3,78% pacjentów poddało się szczepieniu przeciw grypie, co koreluje z danymi ogólnopolskimi, według których w sezonie 2012/2013 zaszczepionych było 3,7% Polaków [3]. Istotne w szczepieniu przeciw grypie jest przyjmowanie szczepionki rok rocznie ze względu na spontanicznie mutujący wirus grypy i nowe szczepy stanowiące o składzie szczepionki na kolejny sezon [2]. Wśród zaszczepionych pacjentów wszyscy szczepią się regularnie, co jest faktem bardzo pozytywnym. Ważnym aspektem szczepienia przeciw grypie jest jego skuteczność oraz świadomość pacjentów na temat powikłań pogrypowych. Od tego często zależy, czy pacjent w kolejnym sezonie ponownie się zaszczepi. Zachorowanie na grypę może spowodować wystąpienie poważnych powikłań. W sezonie epidemicznym 2011/2012 zarejestrowano co najmniej

3289 hospitalizacji, a są to jedynie przypadki odnotowane przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego [5]. Wśród naszych badanych wszystkie zaszczepione osoby zdawały sobie sprawę z powikłań zdrowotnych, jakie może spowodować zachorowanie na grypę [6]. W promowaniu szczepień przeciw grypie najważniejszą rolę pełni lekarz rodzinny. W sezonach 2012/2013 i 2013/2014 to lekarze rodziny byli najczęściej wymieniani przez pacjentów w działaniach na rzecz profilaktyki przeciw grypowej. Niestety nikt spośród badanych nie odnotował informacji na temat tak ważnego szczepienia z środków masowego przekazu. W społecznym interesie propagowanie szczepień przeciw grypie powinno odbywać się na szeroką skalę. Nie tylko placówki medyczne, ale także media, zakłady pracy, farmaceuci powinni zachęcać do szczepień. Niewystarczająca informacja o szczepieniach prowadzi do spadku zainteresowanych

osób zaszczepieniem się przeciw grypie, co niesie ze sobą duże zagrożenie zdrowotne i ekonomiczne dla całego społeczeństwa.

Wnioski

1. Nadal zbyt mały odsetek pacjentów szczepi się przeciw grypie, co ma poważne skutki ekonomiczno-społeczne. Szczepienie przeciw grypie powinno stać się bardziej powszechne i bezpłatne szczególnie dla grup ryzyka.
2. Potrzebna jest edukacja przez szeroko zakrojone akcje podnoszące wiedzę na temat grypy i zmieniające negatywny stosunek do szczepień oraz szeroko zakrojone akcje pozwalające zwiększyć odsetek zaszczepionych osób.

Piśmiennictwo

1. Witryna internetowa Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Łodzi. http://www.pis.lodz.pl/akt_syt_epidem_2013_14.htm.
2. Emedicinehealth: History and development of flu vaccines. http://www.emedicinehealth.com/flu_vaccine/page2_em.htm.
3. Witryna internetowa Państwowej Inspekcji Sanitarnej http://szczepienia.gis.gov.pl/index.php/akcja_informacyjna/aktualnosci/1.
4. Ernst & Young, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH, Zakład Badania Wirusów Grypy, Krajowy Ośrodek ds. Grypy, Polskie Towarzystwo Oświaty Zdrowotnej, Grupa Robocza ds. Grypy, Kancelaria Domański Zakrzewski Palinka. *Grypa i jej koszty*. Warszawa; 2013.
5. Antczak A, Brydak LB, Buczkowska E, i wsp. *Debata Flu Forum 2012. Rekomendacje polskich ekspertów dotyczące szczepień przeciw grypie w sezonie epidemicznym 2012/2013*. Warszawa, 2012.
6. Mastelarz-Migas A, Stelmaszczyk I, Jon I, i wsp. Opinie pacjentów na temat szczepienia przeciw grypie. *Fam Med Prim Care Rev* 2011; 13(3): 440–442.

Adres do korespondencji:

Marcin Maszke
al. Hetmańska 20/9
92-444 Łódź
Tel.: 692 845-021
E-mail: marcin.maszke@gmail.com

Praca wpłynęła do Redakcji: 17.02.2014 r.

Po recenzji: 14.04.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 19.04.2014 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Postawy dorosłych Polaków wobec osób chorych psychicznie

Attitudes of adult Poles towards mentally ill people

BOŻENA MROCZEK^{1, A, C-G}, IZABELA WRÓBLEWSKA^{3, D, F}, ANNA KĘDZIERSKA^{4, A, B, F}, DONATA KURPAS^{2, 3, A, C, G}¹ Zakład Nauk Humanistycznych w Medycynie Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie² Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu³ Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu⁴ SPS ZOZ Zdroje w Szczecinie

A – przygotowanie projektu badania, B – zbieranie danych, C – analiza statystyczna, D – interpretacja danych, E – przygotowanie maszynopisu, F – opracowanie piśmiennictwa, G – pozyskanie funduszy

Streszczenie Wstęp. Celem badań było określenie postaw Polaków wobec chorych psychicznie.**Materiał i metody.** Badania prowadzono w grupie 208 mieszkańców z terenu województwa zachodniopomorskiego. 59% stanowiły kobiety, 41% – mężczyźni, w wieku 18–44 lat – 49%, powyżej 45 lat – 51%, z wykształceniem wyższym – 55%, średnim – 28%**Wyniki.** Według respondentów, chorzy psychicznie są niebezpieczni (70%), agresywni (61%), nieprzewidywalni (85%), powinni być izolowani od społeczeństwa (31%). Odczucia, które najczęściej wywołują, to: strach, współczucie i bezradność. W otoczeniu badanych używa się określeń: *wariat, psychol, czubek*. 96% unika chorych psychicznie, a 65% nie zaproponuje pomocy choremu. Pozytywną postawę wobec chorych psychicznie przejawiają respondenci z wykształceniem średnim, postawa osób z wykształceniem wyższym jest dystansująca.**Wnioski.** Wyniki wskazują na pozytywne zmiany postaw wobec chorych psychicznie, które jednak nie odpowiadają potrzebom społeczeństwa demokratycznego przeciwdziałającego wykluczeniu społecznemu. Aby integracja społeczna psychicznie chorych był możliwa, konieczne jest prowadzenie kampanii edukacyjnych skierowanych do ogółu społeczeństwa, szczególnie do osób młodych.**Słowa kluczowe:** postawa, chorzy psychicznie, wykluczenie społeczne, integracja.**Summary** Background. The purpose of this study is to determine attitudes of Poles toward mentally ill people.**Material and methods.** The study was conducted on a group of 208 residents from the west Pomeranian region. 59% of them were women, 41% – men; 49% were aged 18–44 years, 51% – over 45; 55% had higher and 28% secondary education.**Results.** According to the respondents mentally ill people are: dangerous (70%), aggressive (61%), unpredictable (85%), and should be isolated from society (31%). Feelings that they usually evoke are: fear, sympathy and helplessness. The people around the surveyed use such words as: *madman, psycho, nutcase*. As many as 96% of the respondents avoid mentally ill people, and 65% will not offer a helping hand to a mentally ill person. Positive attitudes toward the mentally ill were observed among respondents with secondary education; those with higher education distanced themselves from such people.**Conclusions.** The results obtained show positive changes in attitudes toward the mentally ill, which, however, are insufficient for the demands of democratic society counteracting social exclusion. Public education campaigns, targeting the general public and especially young members of society, are necessary to enable the social integration of mentally ill people.**Key words:** attitude, mentally ill, social exclusion, integration.

Wstęp

Choroba psychiczna powoduje większe wykluczenie społeczne niż jakiegokolwiek inne zaburzenie, uniemożliwiając chorym realizację celów życiowych [1]. Chorzy mają w znacznym stopniu ograniczone możliwości nawiązywania kontaktów międzyludzkich i podejmowania pracy. W społeczeństwie postrzegani są jako niebezpieczni, są napiętnowani, budzą lęk, są wykluczani [1].

Postawa człowieka to względnie trwała tendencja do pozytywnego lub negatywnego wartościowania obiektu rzeczywistości [2]. W postawie wyróżnia się trzy komponenty: emocjonalny, poznawczy i behawioralny, obejmujący pozytywne oraz negatywne zachowania względem obiektu postawy. Własnościami postawy są znak (pozytywny bądź negatywny) i natężenie (większe lub mniejsze). Siła postawy zależy od liczby pozytywnych informacji o obiekcie postawy oraz od stopnia nacechowania pozytywnego każdej z nich [2].

Inicjatorem badań dotyczących postaw społeczeństwa polskiego wobec chorych psychicznie był Bizoń (1965),

który wykazał przejawianie postawy unikającej, określonej jako skutek obojętności oraz nieufności społecznej [3]. Świątaj (2008) z kolei stwierdził, że w społeczeństwie polskim i innych krajów na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci nie odnotowano znaczących pozytywnych zmian postaw wobec chorych psychicznie, a integracji społecznej chorych psychicznie towarzyszy duży dystans społeczny, połączony z brakiem zaufania do ich społecznej odpowiedzialności [4].

Cel pracy

Celem badań było poznanie kierunku zmian postaw dorosłych Polaków wobec osób chorych psychicznie.

Materiał i metody

Badania prowadzono metodą sondażu diagnostycznego w grupie 208 mieszkańców Szczecina, Stargardu Szczecińskiego i gminy Warnice. Narzędziem badawczym był autor-

ski kwestionariusz ankiety. Wśród respondentów większość stanowiły kobiety – 59% stanowiły kobiety, osoby w wieku 18–44 lata – 49%, powyżej 45 lat było 51%, z wykształceniem wyższym – 55%, średnim – 28%, zawodowym i podstawowym – 17%.

Wyniki

Wiedzę na temat chorych psychicznie i chorób psychicznych 62% czerpie z filmów i programów telewizyjnych, a 31% – z osobistych doświadczeń w kontaktach społecznych. Osoby chore psychicznie są niebezpieczne w opinii 70% i agresywne według 61%, zachowują się nieprzewidywalnie – 85%, są zaniedbane – 34%, powinny być odizolowane od społeczeństwa – 31%. W otoczeniu ankietowanych używa się określenia: *wariat, psychol, czubek*. Najczęściej odczuwano strach i współczucie (każde 76%), bezradność – 70%, obojętność – 38%, litość – 21%, złość – 13%. Szacunek wobec chorych psychicznie odczuwano zaledwie 5%, chorzy budzili odrazę u 25% badanych. 96% unikało osób chorych psychicznie, 24% badanych obrażało chorych słowami i gestami, naśmiewało się z nich 40%, a 67% nigdy nie chciałoby widzieć osób chorych psychicznie, 16% wystawiłoby chorego na publiczne pośmiewisko. Tylko 1% badanych próbowałby nawiązać rozmowę z osobą chorą, a zgodę na pracę wraz z chorym psychicznie wyraziło 18% badanych. Jedynie 11% chciało udzielić pomocy choremu, niechęć do niesienia pomocy przejawiało 45%. Swoją postawę wobec osób chorych psychicznie jako pozytywną ocenia 23%, w tym 69% kobiet i 66% mężczyzn. 65% na pewno nie zaproponowałoby pomocy choremu, gotowość niesienia pomocy częściej deklarowali mężczyźni – 39% (vs. 28% kobiet). Ludzie młodzi w wieku 18–24 lat uważają chorych psychicznie za niebezpiecznych, najrzadziej odczuwają złość, ale najczęściej obrażają chorych wulgarnymi gestami i sformułowaniami. Respondenci w wieku 25–34 lat uważają chorych za agresywnych, nieprzewidywalnych, najczęściej ze wszystkich grup wiekowych odczuwają złość oraz poczucie bezradności, popierają izolację społeczną osób chorych psychicznie. Pozytywnym nastawieniem wobec chorych cechują się respondenci w wieku 35–45 lat. Pozytywną postawę wobec osób chorych psychicznie przejawiają respondenci z wykształceniem średnim. Postawa osób z wykształceniem wyższym jest najbardziej dystansująca.

Dyskusja

Badania własne wskazują, że postawy obojętne i negatywne nadal utrzymują się w społeczeństwie polskim, co więcej powielane są opinie dotyczące społecznego izolowania chorych psychicznie. Podobne wyniki uzyskał Wyka w 1975 r. [5]. Ziarkowski wykazał, że mieszkańcy wsi częściej niż mieszkańcy miast uznawali chorego psychicznie

za niebezpiecznego dla otoczenia społecznego [6], takiej zależności nie potwierdzono w badaniach własnych. Wykazano, że mieszkańcy wsi częściej niż mieszkańcy miast przejawiają postawy pozytywne. Badania własne pokazały, że stygmatyzowanie chorych psychicznie określaniami pejoratywnymi jest powszechne, częściej w miastach, a wulgarne wyzwiska na wsi. Sformułowania wymieniane przez respondentów dotyczyły sfery psychicznej i niższości intelektualnej chorych psychicznie. Podobnie Wciórka i wsp. wykazali, że 60% badanych używała wobec chorych psychicznie określeń pejoratywnych, co wpływało na negatywny stereotyp osoby [7]. Podobne zjawisko stygmatyzacji chorych określaniami opisała także Płachecka, zwróciła również uwagę na zmniejszanie się dystansu wobec chorych psychicznie w grupie osób młodych uczących się [8]. Najczęściej odczuwanymi emocjami wobec chorych psychicznie przez badanych są: strach, współczucie, lęk oraz bezradność, najrzadziej akceptacja, badani opowiadali się za izolowaniem chorych. Występowanie podobnych emocji stwierdziła Płachecka [8]. Ziarkowski wykazał, że miejsce zamieszkania ma większy wpływ na postawy wobec chorych psychicznie niż wiek czy płeć [6]. Porównując badania własne i innych, należy wskazać na przejawianie podobnych postaw wobec chorych psychicznie w różnych krajach. Ishiga i wsp. badając postawy przedstawicieli różnych zawodów, wykazali, pozytywne postawy w tych grupach zawodowych, które wiązały się z zawodowym kontaktem z chorymi psychicznie [9]. Podobnie w badaniach Dyduch i wsp. wykazano, że częsty kontakt z chorym psychicznie przekładał się na pozytywne postawy, częściej u osób z wyższym wykształceniem [10]. Norman i wsp. określili, że grupą wykluczoną społecznie w USA są przede wszystkim chorzy na schizofrenię [11]. Lyons i wsp. prowadzili badania, których celem była ocena zmiany postaw wobec tych osób w ciągu dekady 1997–2007. Stwierdzono obniżenie poziomu stygmatyzacji w ciągu 10 lat, jednakże 25% ankietowanych chorych psychicznie doświadczała dyskryminacji w dziedzinie zatrudnienia i opieki zdrowotnej oraz wsparcia socjalnego, a 17% odczuło dyskryminację społeczną [12]. Mroczek i wsp. wykazały, że niska aktywność zawodowa w grupie chorych psychicznie w wieku produkcyjnym była związana z niechęcią społeczną spowodowaną chorobą i dyskryminacją społeczną [13].

Wnioski

Wyniki wskazują na pozytywne zmiany postaw wobec chorych psychicznie, jednakże zmiany nie odpowiadają potrzebom społeczeństwa demokratycznego przeciwdziałającemu wykluczeniu społecznemu. Aby integracja społeczna osób psychicznie chorych był możliwa, konieczne jest prowadzenie kampanii edukacyjnych skierowanych do ogółu społeczeństwa polskiego, szczególnie do osób młodych.

Piśmiennictwo

1. Spagnolo AB, Murphy AA, Librera LA. Reducing stigma by meeting and learning from people with mental illness. *Psychiatr Rehabil J* 2008; 31(3): 186–193.
2. Strelau J, Doliński D. *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Tom II. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2008: 345–355.
3. Bizoń Z, Grodowski K, Henisz J, i wsp. *Postawy ludności Warszawy wobec psychicznie chorych i psychiatrów*. W: *Pamiętnik Zjazdu Lubelskiego Psychiatrów*. Warszawa: PZWL; 1965.
4. Świtaj P. *Doświadczenie piętna społecznego i dyskryminacji u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii*. Seria: Monografie Psychiatryczne 7. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2008: 50–54.
5. Wyka A. Stosunek do chorych i chorób psychicznych w polskim społeczeństwie. Raport OBOP i SP 1974. *Aktual Rad-Telew* 1975; 1: 5–18.
6. Ziarkowski E. Postawy społeczne wobec chorych psychicznie. Analiza porównawcza zbiorowisk: wiejskiego, małomiasteczkowego i wielkomiejskiego. *Psychiatr Pol* 1980; 2: 153–160.

7. Wciórka B, Wciórka J. Sondaż opinii publicznej: społeczny obraz chorób psychicznych i osób chorych psychicznie w roku 2005. *Post Psych Neurol* 2006; 15(4): 255–267.
8. Płachecka L. Choroba psychiczna jako naznaczenie. *Pielęgn Położna* 2004; 6(521): 4–9.
9. Ishiga N, Hayashi N. Occupation and social experience: factors influencing attitude towards people with schizophrenia. *Psych Clin Neurosc* 2005; 59(1): 89–95.
10. Dyduch A, Grzywa A. Stygmatyzacja i czynniki ją warunkujące na przykładzie stygmatyzacji związanej z chorobą psychiczną. *Pol Merk Lek* 2009; 26(153): 263–267.
11. Norman G, Sorrentino RM, Windell D, et al. The role of perceived norms in the stigmatization of mental illness. *Soc Psychiatr Psychiatric Epidemiol* 2008; 43: 851–859.
12. Lyons C, Hopley P, Horrocks J. A decade of stigma and discrimination in mental health: (the more things change, the more they stay the same). *J Psychiatr Mental Health Nurs* 2009; 16: 501–507.
13. Mroczek B, Zomerska E, Grochans E, i wsp. Praca zawodowa w hierarchii wartości pacjentów chorych psychicznie objętych opieką Centrum Psychiatrycznego w Szczecinie. *Fam Med Prim Care Rev* 2011; 13(1): 35–41.

Adres do korespondencji:

Dr hab. n. o zdr. Bożena Mroczek
Zakład Nauk Humanistycznych w Medycynie PUM
ul. Żołnierska 48
71-210 Szczecin
Tel.: 91 480-09-30
E-mail: b_mroczek@data.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 7.02.2014 r.

Po recenzji: 4.04.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 4.04.2014 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Wiedza rodziców na temat realizacji szczepień ochronnych u dzieci z cukrzycą typu 1

Parents knowledge regarding realization of immunization schedule among children with diabetes type 1

ANETA NITSCH-OSUCH^{1, A-E}, IZABELA AGATA KAMIŃSKA^{2, A-E}, KATARZYNA JAROSZEWSKA^{1, A-E}, INGA DŁUGOŃ^{1, A-E}, AGNIESZKA TOPCZEWSKA-CABANEK^{1, A-E}, KATARZYNA ŻYCIŃSKA^{1, A-E}, KAZIMIERZ A. WARDYN^{1, A-E}

¹ Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej z Oddziałem Klinicznym Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

² Wydział Pielęgniarstwa Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie **Wstęp.** Każde zakażenie u pacjenta z cukrzycą może powodować pogorszenie kontroli glikemii, w związku z tym zapobieganie infekcjom jest szczególnie ważne w tej grupie pacjentów.

Cel pracy. Ustalenie stanu wiedzy matek dzieci chorujących na cukrzycę typu 1 na temat obowiązkowych i zalecanych szczepień ochronnych.

Materiał i metody. Dokonano analizy stanu wiedzy rodziców na temat realizacji Programu Szczepień Ochronnych (PSO) u 144 dzieci z cukrzycą typu 1 w wieku od 2 do 17 lat, będących pacjentami poradni przyszpitalnej lub wybranego Oddziału Pediatrii i Diabetologii Dziecięcej. W badaniu użyto autorskiego kwestionariusza badawczego, który poprawnie wypełniło 144 matek. Najliczniejszą grupę respondentek stanowiły kobiety w wieku 39–45 lat (52, 45,6%). Wykształcenie wyższe lub średnie miało 102 (89,1%) kobiet. 49% dzieci chorowało na cukrzycę typu 1 dłużej niż dwa lata.

Wyniki. Stan realizacji w zakresie szczepień obowiązkowych, według opinii matek, wahał się od 27% do 60%. 35% ankietowanych matek wyraziło chęć zaszczepienia swoich dzieci w przyszłości z użyciem szczepionek zalecanych i były to szczepienia przeciw: grypie (12,2%), wzw A (6,1%), odkleszczowemu zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu (5,2%), meningokokom (4,3%), HPV (4,3%), pneumokokom (1,7%), ospie wietrznej (1,7%). 40% respondentek uznało swoją wiedzę na temat szczepień i PSO u dzieci za wystarczającą.

Wnioski. Wiedza matek dzieci chorych na cukrzycę typu 1 na temat szczepień ochronnych jest niewystarczająca. Należy wdrożyć problematykę wakcynologiczną do programu edukacji rodziców i dzieci chorych na cukrzycę typu 1.

Słowa kluczowe: cukrzyca typu 1, dzieci, szczepienie.

Summary **Background.** All infections in patients with diabetes may deteriorate glycemic control, that way prevention of infections is very important in this group of patients.

Objectives. The aim of the study was to learn knowledge of mothers of children with diabetes type 1 regarding realization of immunization schedule.

Material and methods. The authors conducted a survey among 144 mothers, most of responders were aged 39–45 years (52, 45.6%), well educated (102, 89.1%). 49% of children suffered from diabetes for more than two years.

Results. According to mothers, immunization schedule was realized in children in 27–60%. 35% of mothers declared the will to vaccinate their children with recommended vaccines against: influenza (12.2%), hepatitis A (6.1%), tick born encephalitis (5.2%), Neisseria meningitidis (4.3%), HPV (4.3%), *Streptococcus pneumoniae* (1.7%), chicken pox (1.7%). 40% of responders found their knowledge regarding immunizations sufficient.

Conclusions. Parents of children with diabetes type 1 require better knowledge regarding vaccinations and they should be offered educational activities on this topic.

Key words: type 1 diabetes, children, vaccination.

Wstęp

Szacuje się, że w skali globalnej na cukrzycę typu 1 choruje około 430 tysięcy dzieci, które nie ukończyły 15. roku życia. Każde zakażenie u pacjenta z cukrzycą może powodować pogorszenie kontroli glikemii, w związku z tym zapobieganie infekcjom jest szczególnie ważne w tej grupie pacjentów [1].

Cel pracy

Celem pracy była ocena stanu wiedzy rodziców dzieci z cukrzycą typu 1 na temat realizacji Programu Szczepień Ochronnych (PSO).

Materiał i metody

Dokonano analizy stanu wiedzy rodziców na temat realizacji PSO u 144 dzieci z cukrzycą typu 1 w wieku od 2 do 17 lat, będących pacjentami poradni przyszpitalnej lub Oddziału Pediatrii i Diabetologii Dziecięcej. Najliczniejszą grupę respondentek stanowiły kobiety w wieku 39–45 lat (52; 45,6%). Wykształcenie wyższe lub średnie miały 102 (89,1%) kobiety. 49% dzieci chorowało na cukrzycę typu 1 dłużej niż dwa lata.

Wyniki

Stan realizacji PSO w zakresie szczepień obowiązkowych – według opinii matek – wahał się od 27% do 60%, co przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Realizacja PSO u dzieci z cukrzycą typu 1 według wiedzy i opinii rodziców – szczepienia obowiązkowe i zalecane								
Szczepienia obowiązkowe – wykonane przed zachorowaniem								
	gruźlica	Hib	wzw B	poliomyelitis	DTP	MMR	nie pamiętam	nie szczepiono
% udzielonych odpowiedzi	54%	27,1%	52,6%	49,1%	69,2%	68,45%	29,8%	0%
Szczepienia obowiązkowe – wykonane po zachorowaniu								
% udzielonych odpowiedzi	3,5%	0,8%	2,6%	3,5%	9,6%	7%	28,9%	48,2%
Szczepienia zalecane – wykonane przed zachorowaniem								
	rotawirusy	meningokoki	grypa	ospa wietrzna	pneumokoki	wzw A	nie pamiętam	nie szczepiono
% udzielonych odpowiedzi	2,6%	13,4%	8,7%	5,2%	8,7%	5,2%	36,8%	29,8%
Szczepienia zalecane – wykonane po zachorowaniu								
% udzielonych odpowiedzi	0%	3,5%	2,6%	4,3%	4,3%	3,5%	22,8%	50,8%

Hib – *Haemophilus influenzae*, wzw B – wirusowe zapalenie wątroby typu B, DTP – błonica, tężec, krztusiec, MMR – odra, świnka, różyczka.

35% ankietowanych matek wyraziło chęć zaszczepienia swoich dzieci w przyszłości z użyciem szczepionek zalecanych i były to szczepienia przeciw: grypie (12,2%), wzw A (6,1%), odkleszczowemu zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych i mózgu (5,2%), meningokokom (4,3%), HPV (4,3%), pneumokokom (1,7%), ospie wietrznej (1,7%).

52% respondentek wyraziło przekonanie, że dzieci z cukrzycą wymagają szczególnej troski w zakresie realizacji szczepień, 40% uznało swoją wiedzę na temat szczepień u dzieci za wystarczającą.

Dyskusja

Wiedza matek dzieci chorujących na cukrzycę typu 1 na temat profilaktyki pierwotnej wybranych chorób zakaźnych jest niewystarczająca. 30% matek nie pamiętało nawet faktów związanych ze szczepieniami obowiązkowymi – co jest szczególnie niepokojące, bo wskazuje na potencjalne niebezpieczeństwo ich niewykonywania. O braku wystarczającej orientacji w omawianym zakresie może świadczyć chociażby fakt, iż jedynie 54% ankietowanych wskazało na wykonanie u dziecka szczepień przeciw gruźlicy, podczas gdy zgodnie z obowiązującym PSO jest to szczepienie realizowane w 1. dobie życia i w skali ogólnopolskiej ma je wykonywane 94% dzieci [2]. 48–50% dzieci nie miało wykonywanych żadnych szczepień ochronnych po zachorowaniu na cukrzycę typu 1, co należy uznać za wynik bardzo niepokojący. Choroby przewlekłe – o ile nie są w fazie zaostrzenia – nie stanowią bowiem przeciwwskazania do szczepień ochronnych, co więcej, w niektórych przypadkach szczepienia są wręcz rekomendowane – np. szczepienie przeciw grypie. Niestety, w badanej grupie niewiele matek twierdziło, że ich dzieci były szczepione przeciw grypie (3–9%), choć 12% deklaroowało chęć wykonania tego szczepienia w przyszłości. Tymczasem oszacowano,

że u pacjentów z cukrzycą ryzyko hospitalizacji jest trzykrotnie wyższe, a ryzyko zgonu jest sześciokrotnie wyższe w przebiegu grypy w porównaniu do populacji generalnej [3]. Szczepienia przeciw grypie są bezpieczne u pacjentów z cukrzycą, powodując niewiele niepożądanych odczynów poszczepiennych, zwykle łagodnych oraz nie powodując zaostrzenia przebiegu choroby podstawowej [3]. Badanie własne dostarcza kolejnych dowodów na brak wiedzy pacjentów na temat potrzeby corocznych szczepień przeciw grypie, co było też opisywane przez innych autorów [4]. Respondentki wykazały też niewielkie zainteresowanie szczepieniami przeciw pneumokokom, również wskazanymi do wykonywania u pacjentów z cukrzycą. Zgodnie z polskim Programem Szczepień Ochronnych, szczepienie przeciw pneumokokom wykonywane jest u dzieci z grup ryzyka do 5. roku życia, u starszych pacjentów – jest ono nadal szczepieniem zalecanym, a więc opłacanym ze środków prywatnych [5]. Szczepienia zalecane stosowane są więc zbyt rzadko, prawdopodobnie głównie ze względów finansowych, ale także z powodu niewystarczającej ich promocji [6]. Jedynie 40% ankietowanych uznało swoją wiedzę na temat szczepień ochronnych u dzieci z cukrzycą typu 1 za wystarczającą, wskazuje to na potrzebę zapewnienia tej grupie pacjentów edukacji w omawianym temacie. Szkolenia takie mogłyby być prowadzone w oddziałach i poradniach diabetologicznych, a także w poradniach lekarza rodzinnego.

Wnioski

1. Wiedza matek dzieci chorych na cukrzycę typu 1 na temat szczepień ochronnych jest niewystarczająca.
2. Należy wdrożyć problematykę wakcynologiczną do programu edukacji rodziców i dzieci chorych na cukrzycę typu 1.

Piśmiennictwo

1. Kesavadev J, Misra A, Das AK, et al. Suggested use of vaccines in diabetes. *Indian J Endocrinol Metab* 2012; 16(6): 886–893.
2. Biuletyn „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2012 roku”. www.pzh.gov.pl (data wejścia 22.01.2014).
3. Prevention and control of influenza with vaccines. Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), 2010. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2010; 59(8): 1–62.
4. Lerch D, Mastalerz-Migas A. Poglądy i wiedza na temat szczepień przeciw grypie. *Fam Med Prim Care Rev* 2013; 15(2): 131–134.

5. *Program Szczepień Ochronnych na 2014 rok*. www.gis.gov.pl (data wejścia 22.01.2014).
6. Nitsch-Osuch A, Pieńkowska A, Gyrczuk E, i wsp. Realizacja Programu Szczepień Ochronnych w wybranej poradni podstawowej opieki zdrowotnej w Warszawie w latach 2006–2008. *Fam Med Prim Care Rev* 2013; 15(2): 149–150.

Adres do korespondencji:

Dr hab. n. med. Aneta Nitsch-Osuch
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
z Oddziałem Klinicznym Chorób Wewnętrznych
i Metabolicznych WUM
ul. Banacha 1a, blok F
02-097 Warszawa
Tel.: 22 599-21-90
E-mail: anitsch@amwaw.edu.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 26.01.2014 r.

Po recenzji: 4.04.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 4.04.2014 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Percepcja przyczyn nadwagi wśród pacjentów oddziału leczenia otyłości – raport wstępny

Perception of causal factors of overweight among patients of obesity treatment setting – preliminary report

KATARZYNA NOWICKA-SAUER^{1, A, C-F}, MAŁGORZATA OBARA-GOŁĘBIOWSKA^{2, B, E}, MAŁGORZATA PIETRZYKOWSKA^{1, D, E}, KRZYSZTOF JARMOSZEWICZ^{3, A, D}, JANUSZ SIEBERT^{1, D, E}¹ Katedra Medycyny Rodzinnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego² Katedra Psychologii Rozwoju i Edukacji Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie
Oddział Leczenia Otyłości Miejskiego Szpitala Zespołowego w Olsztynie³ Klinika Kardiochirurgii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

A – przygotowanie projektu badania, B – zbieranie danych, C – analiza statystyczna, D – interpretacja danych, E – przygotowanie maszynopisu, F – opracowanie piśmiennictwa, G – pozyskanie funduszy

Streszczenie Wstęp. Percepcja choroby jest jednym z podstawowych czynników wpływających na stosowanie się do zaleceń, ma także związek z radzeniem sobie z chorobą przewlekłą.**Cel pracy.** Ocena percepcji przyczyn nadwagi wśród pacjentów przebywających w oddziale leczenia otyłości.**Materiał i metody.** Badanie przeprowadzono wśród 30 pacjentów (25 kobiet i 5 mężczyzn). Średni wiek badanych wyniósł 52 lata ($\pm 12,6$; mediana: 53,5; zakres: 28–69 lat). Średni wskaźnik masy ciała (BMI) wyniósł 35,9 (25–54,4), u 1 osoby występowała nadwaga, u 5 – otyłość olbrzymia (BMI > 40). Do oceny percepcji przyczyn nadwagi wykorzystano zmodyfikowaną wersję testu *Illness Perception Questionnaire Revised* (IPQ-R). Dane socjodemograficzne zebrano w trakcie wywiadu, dane medyczne pochodzą z dokumentacji medycznej.**Wyniki.** Wśród przyczyn nadwagi pacjenci wskazywali najczęściej: moje własne zachowanie (86,7%), dietę i nawyki żywieniowe (83,3%), przyczyny genetyczne (63,3%) oraz czynniki środowiskowe (53,3%). 50% badanych za jedną z przyczyn nadwagi uważa swój stan emocjonalny, 43% – stres, nieco mniej starzenie się (40%). W opinii pacjentów większa rola sprawcza nadwagi przypada czynnikom psychologicznym oraz zależnym od ich woli niż czynnikom pozostającym poza kontrolą. Dużą rolę pacjenci przypisują także czynnikom genetycznym.**Wnioski.** 1. Pacjenci przebywający w oddziale leczenia otyłości posiadają realną percepcję przyczyn nadwagi. 2. Osoby badane wskazują wieloczynnikową etiologię nadwagi. 3. Według większości badanych za nadwagę odpowiedzialne są czynniki psychologiczne, genetyczne i środowiskowe. 4. Silną rolę sprawczą badani przypisują przyczynom psychologicznym oraz czynnikom modyfikowalnym, podlegającym kontroli.**Słowa kluczowe:** percepcja choroby, nadwaga, otyłość, IPQ-R.**Summary** Background. Illness perception is one of the fundamental factors influencing compliance and coping with chronic disease.**Objectives.** The aim of the study was to assess the overweight perception among inpatients of obesity treatment setting.**Material and methods.** The study group consisted of 30 participants (25 women, 5 men). The mean age was 52 years (± 12.6 ; median: 53.5; range: 28–69). Mean body mass index (BMI) was 35.9 (25–54.4), in 1 person overweight was observed, in 5 – extreme obesity (BMI > 40). Perception of overweight causes was assessed using modified version of *Illness Perception Questionnaire Revised* (IPQ-R). Socio-demographic and medical data were obtained using structured review and medical files.**Results.** The most common causes of overweight were: patient's behavior (86.7%), diet or eating habits (83.3%), hereditary (63.3%) and environmental factors (53.3%). 50% of patients endorsed emotional state, 43% stress, slightly less ageing (40%). In patients' opinion the greater causal role of overweight contributes to psychological factors and will-dependent factors rather than uncontrollable causes. According to the patients, genetics is one of the factors of great importance in obesity development.**Conclusions.** 1. Obesity treatment setting inpatients have realistic perception of causes of their overweight. 2. In participants' opinion the overweight etiology is multi-factorial. 3. According to the majority of respondents overweight is caused by psychological, genetic and environmental factors. 4. Participants ascribe strong causal role to the psychological and will-dependent factors.**Key words:** illness perception, overweight, obesity, IPQ-R.

Wstęp

Według teorii Leventhala [1], człowiek doświadczając choroby, tworzy poznawczą jej reprezentację, na którą składa się pięć wymiarów. Wśród nich ważne miejsce zajmują opinie dotyczące przyczyn schorzenia. Poznawcza reprezentacja choroby jest jednym z fundamentalnych czynników decydujących o stosowaniu się do zaleceń, zachowaniach zdrowotnych i sposobach radzenia sobie z chorobą. Poznanie przekonań pacjenta na temat choroby i jej przyczyn sta-

nowi ważny element współpracy z pacjentami [2]. Ważna jest identyfikacja przekonań nieprawdziwych, a niekiedy szkodliwych, które blokują lub obniżają skuteczność oddziaływań medycznych i psychoterapeutycznych. Niezwykle trafne wydaje się odniesienie teorii reprezentacji choroby do zjawiska nadwagi i otyłości, których rozpowszechnienie na świecie gwałtownie rośnie. Świadomość posiadania nadwagi [3] oraz przekonania pacjentów na temat jej przyczyn mają podstawowe znaczenie dla podjęcia działań zmierzających do zmiany wagi. W dostępnym piśmiennictwie

nie znaleziono prac poświęconych postrzeganiu otyłości w świetle teorii reprezentacji poznawczej choroby, a jej zastosowanie wobec zjawiska otyłości wydaje się celowe.

Cel pracy

Celem badania była ocena percepcji przyczyn nadwagi wśród osób przebywających na oddziale leczenia otyłości.

Materiał i metody

Grupę badaną stanowiło 30 pacjentów (25 kobiet). Średni wiek badanych wynosił 52 lata (\pm 12,6; mediana 53,5; zakres: 28–69 lat). Średni wskaźnik masy ciała (*body mass index* – BMI) wynosił 35,9 (25–54,4), u jednej pacjentki występowała nadwaga, u 5 stwierdzono otyłość olbrzymią (BMI > 40). W badaniu wykorzystano kwestionariusz *Illness Perception Questionnaire-Revised* (IPQ-R) autorstwa Moss-Morris [4] w tłumaczeniu Nowickiej-Sauer i Jarmoszewicza. Zgodnie z naszą wiedzą, w niniejszej pracy test IPQ-R zastosowano po raz pierwszy w populacji polskiej. Metoda ta służy ocenie percepcji choroby, w tym także jej przyczyn. IPQ-R zawiera listę 18. możliwych przyczyn choroby (medycznych, psychologicznych i środowiskowych), zarówno zależnych (np. nawyki żywieniowe, stan emocjonalny), jak i niezależnych od pacjenta (np. czynniki genetyczne). Osoby badane proszone są o ocenę stopnia, w jakim każda z przyczyn odnosi się do ich schorzenia na 5-stopniowej skali. Dla potrzeb badania, zgodnie z sugestią autorów IPQ-R, słowo „choroba” zastąpiono słowem „nadwaga”, dzięki czemu możliwe było poznanie opinii pacjentów dotyczących ściśle tego problemu. Zebraniu danych socjodemograficznych posłużył wywiad. Dane dotyczące BMI zaczerpnięto z dokumentacji medycznej. Wszystkie osoby wyraziły zgodę na udział w badaniu.

Wyniki

Wśród przyczyn nadwagi pacjenci wskazywali najczęściej: moje własne zachowanie – 86,7% badanych (26 osób), dietę lub nawyki żywieniowe – 83,3% (25 osób), przyczyny genetyczne – 63,3% (19 osób) oraz czynniki środowiskowe – 53,3% (16 osób). Połowa pacjentów za jedną z przyczyn

nadwagi uważała stan emocjonalny, 43% (13 badanych) – stres oraz 40% (12 osób) – starzenie się. Tylko jeden z pacjentów jako jedną z przyczyn wskazał przypadek. Silniejszą rolę sprawczą nadwagi pacjenci przypisywali czynnikom psychologicznym, takim, jak np.: własne zachowanie, emocje, osobowość czy nawyki żywieniowe. Silniejsze było także ich przekonanie dotyczące roli czynników zależnych od ich woli, niż czynników niepodlegających kontroli, choć dużą rolę pacjenci przypisywali czynnikiem genetycznym.

Dyskusja

Percepcja choroby przez pacjentów ze schorzeniami przewlekłymi stała się w ostatnich latach przedmiotem zainteresowania wielu badaczy [1, 5, 6]. Podkreśla się, że poznanie opinii i przekonań pacjentów stanowi ważny element planowania interwencji dla poprawy stosowania się do zaleceń [5]. Wyniki niniejszego badania pozwalają stwierdzić, że badani z otyłością posiadają realistyczną percepcję przyczyn nadwagi [7]. Optymistyczny wydaje się fakt, że przypisują oni rolę sprawczą nie tylko czynnikom niepodlegającym kontroli, ale przede wszystkim czynnikom modyfikowalnym, takim, jak: nawyki żywieniowe czy stan emocjonalny. Podobne wyniki uzyskano w badaniu pacjentów oczekujących na operację bariatryczną [8]. Taka reprezentacja poznawcza przyczyn nadwagi sprzyja motywacji do podejmowania i wytrwania w działaniach zmierzających do zmiany stylu życia, postrzeganiu celowości oddziaływań psychoterapeutycznych. Może to owocować wzrostem poczucia sprawstwa istotnego w procesie dążenia do redukcji nadwagi [5, 9]. Przypisywanie roli sprawczej jedynie czynnikom niepodlegającym kontroli, jak np.: dziedziczenie, skutkuje brakiem wiary w sukces działania i poczuciem bezradności wobec nieuchwytnego „wroga” [10].

Wnioski

1. Pacjenci przebywający w oddziale leczenia otyłości posiadają realną percepcję przyczyn nadwagi.
2. Według większości badanych za nadwagę odpowiedzialne są czynniki psychologiczne, genetyczne jak i środowiskowe.
3. Silną rolę sprawczą badani przypisują przyczynom psychologicznym oraz czynnikom podlegającym kontroli.

Piśmiennictwo

1. Hagger MS, Orbell S. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychol Health* 2003; 18: 141–184.
2. Petriček G, Vrcić-Keglević M, Vuletić G, et al. Illness perception and cardiovascular risk factors in patients with type 2 diabetes: cross sectional questionnaire study. *Croat Med J* 2009; 50: 583–93.
3. Babińska Z, Bandsz P, Trzeciak BG, i wsp. Świadomość posiadania nadwagi pierwszym krokiem w zapobieganiu otyłości i jej powikłaniom. *Fam Med Prim Care Rev* 2006; 8: 572–574.
4. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, et al. The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychol Health* 2002; 17: 1–16.
5. Ross S, Walker A, MacLeod MJ. Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. *J Human Hypert* 2004; 18: 607–613.
6. Aalto AM, Heijmans M, Weinman J, et al. Illness perception in coronary heart disease. Sociodemographic, illness-related, and psychosocial correlates. *J Psychosom Res* 2005; 58: 393–402.
7. Brantley P, Myers V, Roy H. Environmental and lifestyle influences on obesity. *J La State Med Soc* 2005; 157: 19–27.
8. Ferguson S, Al-Rehany L, Tang C, et al. Self-reported causes of weight gain among prebariatric surgery patients. *Can J Diet Pract Res* 2013; 74: 189–192.
9. Baumeister RF, Vohs KD, eds. *Handbook of self-regulation. Research, theory, and applications*. New York: Guilford Press; 2004.
10. Cochrane G. Role for sense of self-worth in weight-loss treatments. *Can Fam Physician* 2008; 54: 543–547.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Katarzyna Nowicka-Sauer
Katedra Medycyny Rodzinnej GUM
ul. Dębinki 2, 80-211 Gdańsk
Tel.: 58 349-15-75
E-mail: kpsauer@gumed.edu.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 17.02.2014 r.
Po recenzji: 10.04.2014 r.
Zaakceptowano do druku: 11.04.2014 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Przydatność bioimpedancji segmentalnej z segmentu goleni w ocenie stanu nawodnienia organizmu ludzkiego

Usefulness of calf bioimpedance analysis in state of hydration of human body assessment

KATARZYNA PANASIUK-KAMIŃSKA^{1, A, F}, BARBARA ŻMUROWSKA^{1, A, C}, ALICJA ZAŁUSKA^{2, A, B}, WOJCIECH ZAŁUSKA^{2, A, G}, ANDRZEJ JAROSZYŃSKI^{1, A, D}

¹ Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

² Klinika Nefrologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie Wstęp. Woda stanowi przeciętnie 60% masy ciała człowieka. Do prawidłowego funkcjonowania każdego organizmu niezbędne jest zachowanie homeostazy wodnej. Zaburzenia wodno-elektrolitowe towarzyszą licznym chorobom, jak również mogą *per se* prowadzić do rozwoju szerokiego spektrum patologii. Dlatego też ocena stanu nawodnienia stanowi istotne i trudne zagadnienie, w tym w Praktyce Lekarza Rodzinnego. Metodą umożliwiającą precyzyjne określenie stanu nawodnienia organizmu ludzkiego jest metoda bioimpedancji segmentalnej z segmentu goleni.

Cel pracy. Sprawdzenie czy zestandaryzowana oporność goleni (CNR) może posłużyć do oszacowania stanu nawodnienia organizmu ludzkiego.

Materiał i metody. W badaniu wzięła udział grupa 20 osób, składająca się z 11 kobiet i 9 mężczyzn. Badanie przeprowadzone zostało przy użyciu analizatora bioimpedancyjnego.

Wyniki. Wykazano, że CNR nie różni się istotnie statystycznie pod względem płci i wieku.

Wnioski. Na podstawie przeprowadzonych badań wykazano, że CNR stanowi przydatną metodę oceny stanu nawodnienia organizmu ludzkiego.

Słowa kluczowe: nawodnienie, bioimpedancja segmentalna, CNR.

Summary Background. Water makes up 60% of human body weight on average. Maintenance of water homeostasis is indispensable for the normal functioning of each organism. Water-electrolyte disorders accompany many diseases, and may also *per se* lead to the development of a wide range of pathologic conditions. Therefore, an assessment of the state of hydration is an important and difficult problem, also in Family Physician Practice. The method of calf segmental bio-impedance allows precise determination of the state of hydration of the human body.

Objectives. To discover whether calf normalized resistivity (CNR) may serve as the assessment of the state of hydration of human body.

Material and methods. The study comprised a group of 20 individuals; 11 females and 9 males, conducted using a bio-impedance analyzer.

Results. No statistically significant differences in CNR were found according to gender and age.

Conclusions. Based on the results of the study it was confirmed that CNR is a useful method for assessing the state of hydration of human body.

Key words: hydration, calf bioimpedance analysis, CNR.

Wstęp

Woda jest integralną substancją stanowiącą przeciętnie 60% masy ciała człowieka. Warunkuje utrzymanie stałości środowiska wewnętrznego organizmu ludzkiego. U mężczyzn stanowi około 60%, u kobiet – około 54% [6, 10].

Do prawidłowego funkcjonowania każdego organizmu ludzkiego niezbędne jest zachowanie homeostazy wewnątrzustrojowej. Utrzymanie wolemii na odpowiednim poziomie minimalizuje wystąpienie powikłań pod postacią zaburzeń w gospodarce wodno-elektrolitowej. Zaburzenia te mogą doprowadzić do przewodnienia i związane z nim nadciśnienia tętniczego czy chorób układu sercowo-naczyniowego lub odwodnienia z towarzyszącymi epizodami hipotonii pod postacią skurczów mięśniowych, drętwienia kończyn, zawrotów głowy czy ogólnego złego samopoczucia [2, 5, 9].

Istnieje wiele metod umożliwiających określenie stanu nawodnienia organizmu ludzkiego. Jednak niewiele z nich łączy w sobie cechy badania szybkiego, precyzyjnego, ogólnego

nieinwazyjnego i taniego [3, 7, 8]. Metodą umożliwiającą precyzyjne oszacowanie stanu nawodnienia organizmu ludzkiego jest metoda bioimpedancji segmentalnej z segmentu goleni jako strategia badawcza oparta na właściwościach elektrycznych żywych tkanek [4, 11, 12].

Wykorzystanie bioimpedancji segmentalnej z segmentu goleni w praktyce lekarza rodzinnego umożliwiłoby w sposób nieinwazyjny i szybki ocenę parametrów, które informują nas o stanie nawodnienia organizmu pacjenta, a w konsekwencji dałoby możliwość wczesnego wykrycia zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej czy nadciśnienia tętniczego.

Cel pracy

Praca ma na celu sprawdzenie, czy zestandaryzowana oporność goleni CNR (*calf normalized resistivity*) może posłużyć do oszacowania stanu nawodnienia organizmu ludzkiego oraz porównanie wyników w dwóch grupach: kobiet i mężczyzn.

Materiał i metody

W badaniu wzięła udział grupa 20 osób, wśród których było 11 kobiet (55%) i 9 mężczyzn (45%). Badanie przepro-

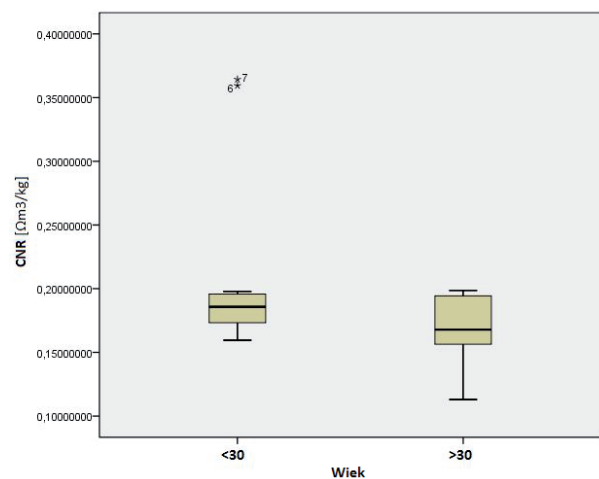
wadzone zostało przy użyciu bioimpedancyjnego analizatora Hydra 4200, Xitron Technologies, CA, USA. U każdej osoby badanie wykonywano jednokrotnie.

Wyniki

Tabela 1. Porównanie wyników badań w badanej grupie z podziałem na: kobiety, mężczyźni

	Mężczyźni (N = 9)				Kobiety (N = 11)				p
	Średnia	SD	Min	Max	Średnia	SD	Min	Max	
Wiek (lata)	43,00	20,69	25,00	88,00	27,70	4,14	23,00	36,00	p < 0,05
Masa ciała (kg)	82,11	12,79	61,00	104,00	61,80	6,16	52,00	71,00	p < 0,001
Wzrost (cm)	176,00	8,62	162,00	190,00	167,90	4,36	160,00	175,00	p < 0,05
CNR ($\Omega\text{m}^3/\text{kg}$)	0,17	0,03	0,11	0,20	0,22	0,08	0,16	0,36	Ns
BMI (kg/m^2)	26,52	3,75	18,80	31,40	21,90	1,79	18,20	23,90	p < 0,001

Tabela 1 przedstawia wyniki analiz w badanej grupie z podziałem na: kobiety, mężczyźni. Masa ciała (p < 0,001), wzrost (p < 0,05), BMI (p < 0,001) są istotnie statystycznie wyższe u mężczyzn niż u kobiet. CNR w badanej grupie wynosi $0,17 \pm 0,03$ ($\Omega\text{m}^3/\text{kg}$) u mężczyzn i $0,22 \pm 0,08$ ($\Omega\text{m}^3/\text{kg}$) u kobiet i nie wykazuje istotnych statystycznie różnic.



Rycina 1. Wykres zależności między zestandaryzowaną opornością goleni (CNR) w badanej grupie w zależności od wieku

Celem przeprowadzonej analizy jest wykazanie, czy istnieje różnica między pomiarami CNR w zależności od wieku. Nie wykazano istotnej statystycznie różnicy w wartościach CNR między dwoma grupami wiekowymi: osób poniżej 30 lat: $0,21 \pm 0,07$ i osób powyżej 30 lat: $0,17 \pm 0,03$.

Dyskusja

Odpowiednie nawodnienie organizmu ludzkiego ma ogromne znaczenie dla jego prawidłowego funkcjonowa-

nia. Zaburzenia w gospodarce wodno-elektrolitowej czy zaburzenia wolemii mogą prowadzić do rozwoju szerokiego spektrum patologii. Dlatego tak istotne jest określenie parametrów, które umożliwią w sposób szybki i nieinwazyjny ocenę stanu nawodnienia organizmu ludzkiego.

Ze względu na to, że wartość CNR w odniesieniu do zdrowych osób może być parametrem umożliwiającym ocenę stanu nawodnienia organizmu ludzkiego, istotne było, na podstawie tabeli 1 i ryciny 1, sprawdzenie, czy zmienne płci i wieku istotnie różnicują badaną grupę. Zhu i wsp. [11, 12] w swoich badaniach wykazali, iż wartość CNR nie różni się w poszczególnych grupach wiekowych. Zaś CNR ze względu na płeć wykazuje, iż jest ona większa u kobiet w porównaniu z wartością otrzymaną u mężczyzn. Natomiast autorzy niniejszej pracy stwierdzili brak istotnych zależności między wartościami CNR w zależności od wieku i płci. Różnice mogą wynikać z faktu, że w obu badaniach pracowano na grupach zróżnicowanych pod względem średniego wieku, średniej masy ciała i rasy. Jednocześnie wyniki otrzymane przez autorów niniejszej pracy potwierdzają, że CNR może służyć jako wskaźnikowy parametr stanu nawodnienia organizmu ludzkiego, a brak różnic istotnych statystycznie dla płci i wieku świadczy o jego dużej stałości i jednolitości. Podobne wyniki otrzymali Abbas i wsp. [1], stwierdzając, że CNR jest najdokładniejszym parametrem umożliwiającym ocenę stanu nawodnienia organizmu ludzkiego.

Wnioski

Metoda bioimpedancji segmentalnej z segmentu goleni umożliwia w sposób precyzyjny, łatwy w wykonaniu, nieinwazyjny i niedrogi oszacowanie stanu nawodnienia organizmu ludzkiego. Zastosowanie ww. metody w praktyce lekarza rodzinnego znacznie usprawniłoby diagnostykę i wczesne wykrywanie chorób układu sercowo-naczyniowego i chorób nerek.

Piśmiennictwo

1. Abbas SR, Liu L, Sipahioglu MH, et al. Comparison of bioimpedance techniques to detect changes in fluid status in hemodialysis patients. *Blood Purif* 2014; 37(1): 48–56.
2. Cheng L, Tian J, Tang L, et al. Why is there significant overlap in volume status between hypertensive and normotensive patients on dialysis? *Am J Nephrol* 2008; 28: 508–516.
3. Chumlea WC. Anthropometric and body composition assessment in dialysis patients. *Seminars in Dialysis* 2004; 17(6): 466–470.
4. Dehghan M, Merchant A. Is bioelectrical impedance accurate for use in large epidemiological studies? *Nutr J* 2008; 7: 26.
5. Jaworska-Wieczorek J. Stan układu krążenia u długo żyjących chorych na schyłkową niewydolność nerek leczonych w programie hemodializ. *Fam Med Prim Care Rev* 2008; 10(1): 27–32.

6. Kokot F. *Gospodarka wodno-elektrolitowa i kwasowo-zasadowa w stanach fizjologii i patologii*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2005.
7. Matthie JR, Withers PO. Segmental vs whole body multifrequency bioimpedance measurements. *J Appl Physiol* 1995; 79(6): 2177–2179.
8. Sarkar SR, Kuhlmann MK, Khilani R, et al. Assessment of body composition in long-term hemodialysis patient: rationale and methodology. *J Renal Nutr* 2005; 15(1): 152–158.
9. Załuska W. Rola wolemii w etiopatogenezie nadciśnienia tętniczego i chorób nerek. *Nefrol Nadciśn Tętn* 2006; 3: 50–55.
10. Załuska W. Woda jako toksyna mocznicowa? *Forum Nefrol* 2010; 3(1): 12–17.
11. Zhu F, Kuhlmann MK, Kotanko P, et al. A method for the estimation of hydration state during hemodialysis using a calf bioimpedance technique. *Physiol Meas* 2008; 29(6): S503–S516.
12. Zhu F, Kotanko P, Handelman GJ, et al. Estimation of normal hydration in dialysis patients using whole body and calf bioimpedance analysis. *Physiol Meas* 2011; 32: 887–902.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Katarzyna Panasiuk-Kamińska
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej UM
ul. Staszica 11
20-081 Lublin
Tel.: 81 532-34-43
E-mail: panasiuk.katarzyna@gmail.com

Praca wpłynęła do Redakcji: 3.03.2014 r.

Po recenzji: 4.04.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 15.05.2014 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Zmiany postrzegania seniorów przez studentów VI roku studiów medycznych

Change in approach of medical students to the elderly and their needs

MAŁGORZATA PIETRZYKOWSKA^{A,F}, MAGDALENA REIWER-GOSTOMSKA^{A,B,D-F},
PIOTR GUTKNECHT^{B,F}, JANUSZ SIEBERT^{A,D}

Katedra Medycyny Rodzinnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie Wstęp. Zmiany demograficzne, polegające na starzeniu się społeczeństwa, zwiększają zapotrzebowanie na specyficzne usługi w zakresie medycyny, polegające na kompleksowej opiece nad pacjentem przez wielodyscyplinarny zespół specjalistów. W Polsce ciągle istnieje mocno zaznaczony niedobór kadry i bazy naukowej. Wiedza o problemach i potrzebach seniorów musi być zdobywana już w czasie studiów medycznych i konsekwentnie rozwijana w trakcie pracy lekarza.

Cel pracy. Analiza i porównanie podstawowej wiedzy i świadomości dwóch kolejnych roczników studentów VI roku studiów medycznych.

Materiał i metody. Autorski kwestionariusz przeprowadzony na łącznej grupie 178 studentów VI roku studiów medycznych w latach akademickich 2012/2013 i 2013/2014.

Wyniki. Studenci zauważają konieczność współpracy lekarza podstawowej opieki zdrowotnej z geriatrą – w 2012/2013 za kluczową uznało ją 30,23%, a w 2013/2014 – 54,35% studentów. Podobny trend utrzymuje się w przypadku oceny współpracy lekarza z rehabilitantem, pielęgniarką środowiskową i pielęgniarką opieki długoterminowej.

Wnioski. Wysiłki nauczycieli akademickich powodują wzrost wiedzy i zainteresowania studentów i lekarzy problemami zdrowotnymi osób starszych.

Słowa kluczowe: geriatria, podstawowa opieka zdrowotna, studenci, świadomość.

Summary Background. Ageing society in Poland needs a complex medical care supervised by a professional medical team. In Poland, there is still shortage of human resources and science research. Knowledge of the problems and needs of the elderly must be acquired during medical studies and consistently developed in the course of doctor's work.

Objectives. The aim of the study was the analysis and comparison of the approach of students attending the last year of medical studies to the elderly and their needs.

Material and methods. The examined group consisted of 178 students within two consecutive academic years. Authors' own questionnaire was used.

Results. The consciousness of students increased. In 2012/2013 30.23% of medical students perceived the need of cooperation between family doctor and gerontologist as crucial, and in 2013/2014 – 54.35%. Similar trend can be observed in other studied aspects.

Conclusions. Systematic improvement in the geriatric medical care in Poland can be observed.

Key words: geriatrics, primary care, students, attitude.

Wstęp

Polskie społeczeństwo się starzeje. GUS prognozuje, że za 20 lat niemal jedna czwarta Polaków przekroczy 65. rok życia. Przewidywania dotyczące długości życia również uległy znaczącemu wydłużeniu. W odpowiedzi na to zjawisko profil opieki medycznej w Polsce powinien ulec zmianie, ze szczególnym naciskiem na rozwój geriatry i profesjonalnej opieki pielęgniarsko-opiekuńczej [1].

Kształtowanie postaw lekarzy rozpoczyna się na studiach. W związku ze zmianami zachodzącymi w naszym społeczeństwie konieczne jest otwarcie na problemy i potrzeby zarówno osób starzejących się i starszych, jak ich opiekunów już na etapie studiów medycznych.

Cel pracy

Celem badania była analiza podstawowej wiedzy i świadomości studentów VI roku studiów medycznych dotyczących potrzeb seniorów w porównaniu do opinii ich kolegów z poprzedniego rocznika.

Materiał i metody

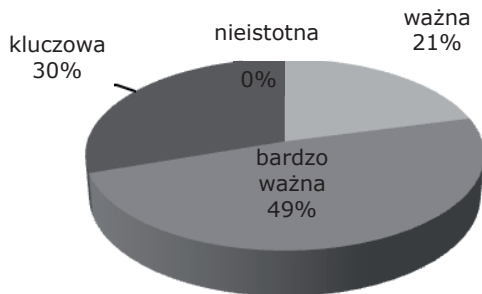
Pierwszy etap badania przeprowadzono w roku akademickim 2012/2013 (ankieta 1). Objęto nim 86 studentów (66 kobiet i 29 mężczyzn) VI roku studiujących na Wydziale Lekarskim Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego (GUMed) [2]. W roku akademickim 2013/2014 badaniem objętych zostało 92 studentów (60 kobiet i 32 mężczyzn) VI roku Wydziału Lekarskiego GUMed (ankieta 2). Do obu badań zastosowano ten sam autorski kwestionariusz oraz formularz zawierający podstawowe dane o ankietowanym. Udział w ankiecie był dobrowolny i anonimowy.

W kwestionariuszu zapytano o ocenę, na ile ważna może być dla seniorów współpraca lekarza podstawowej opieki medycznej (POZ) z różnego rodzaju specjalistami: geriatrą, rehabilitantem, pielęgniarką środowiskową i pielęgniarką opieki długoterminowej. Pytania zawarte w ankiecie dotyczyły także wyboru preferowanej specjalizacji.

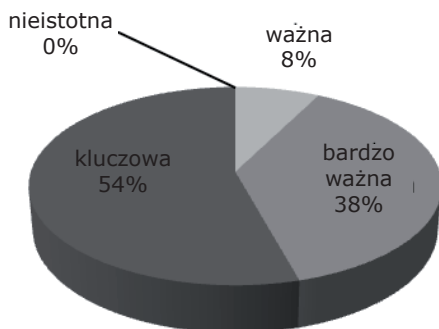
Wyniki

W roku akademickim 2013/2014 na pytanie o ocenę istotności współpracy lekarza rodzinnego z geriatrią ponad połowa ankieterowanych (54,35%) uznała ją za kluczową, a 38,04% – za bardzo ważną.

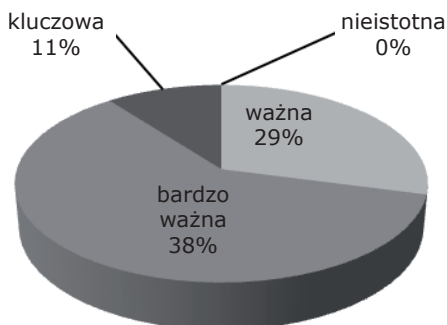
Dla 15,22% studentów współpraca z rehabilitantem jest kluczowa, gdy dla 67,39% – bardzo ważna. Jako kluczową prawie 37% uznało współpracę z pielęgniarką środowiskową, a 17,39% – pielęgniarką opieki długoterminowej. Szczegółowe wyniki obu ankiet przedstawiono na rycinach 1–8.



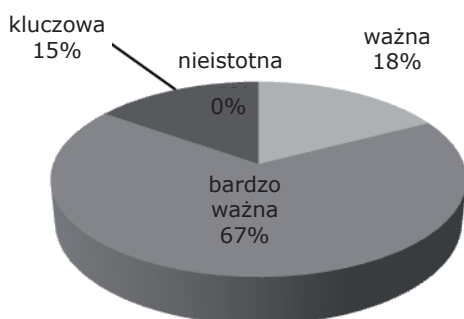
Rycina 1. Współpraca lekarza POZ z geriatrią – wyniki ankiety 1 (rok akademicki 2012/2013)



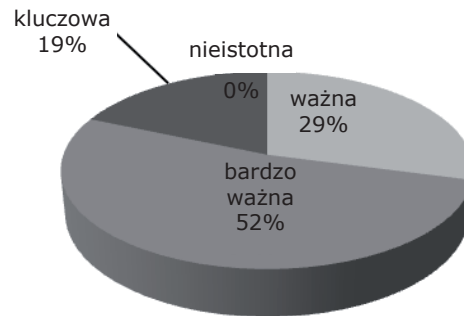
Rycina 2. Współpraca lekarza POZ z geriatrią – wyniki ankiety 2 (rok akademicki 2013/2014)



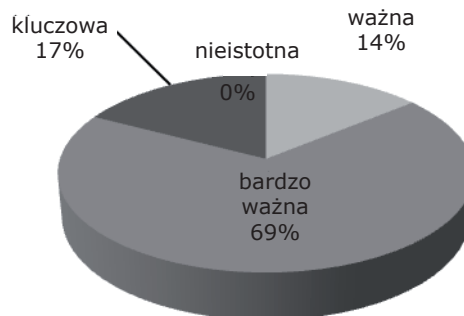
Rycina 3. Współpraca lekarza POZ z rehabilitantem – wyniki ankiety 1



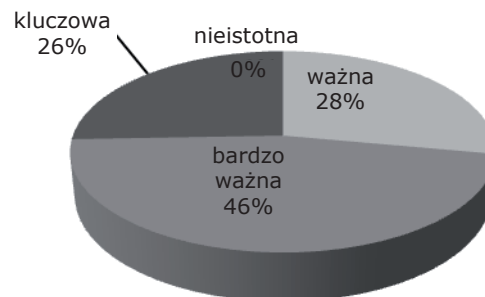
Rycina 4. Współpraca lekarza POZ z rehabilitantem – wyniki ankiety 2



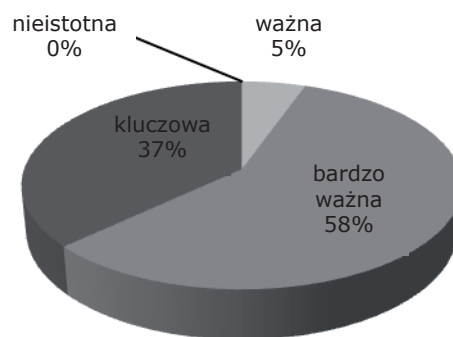
Rycina 5. Współpraca lekarza POZ z pielęgniarką opieki długoterminowej – wyniki ankiety 1



Rycina 6. Współpraca lekarza POZ z pielęgniarką opieki długoterminowej – wyniki ankiety 2



Rycina 7. Współpraca lekarza POZ z pielęgniarką środowiskową – wyniki ankiety 1



Rycina 8. Współpraca lekarza POZ z pielęgniarką środowiskową – wyniki ankiety 2

Dyskusja

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje geriatricę jako gałąź medycyny specjalizującą się zagadnieniach zdrowia i choroby wieku podeszłego, natomiast gerontologia jest wielodyscyplinarnym kierunkiem naukowym obejmującym wszystkie aspekty starzenia, uwzględniającym czynniki zdrowotne, biologiczne, socjologiczne, psychologiczne, ekonomiczne behawioralne i środowiskowe [3].

Przeprowadzone badanie wskazuje, że postrzeganie osób starszych przez młodych lekarzy ulega zmianie. W znaczący sposób wzrasta świadomość konieczności ścisłej kompleksowej współpracy zespołu profesjonalistów: lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, geriatry, pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej, pielęgniarki opieki długoterminowej i rehabilitanta. Wynika to prawdopodobnie ze zmiany sposobu prezentacji problemów osób starszych podczas szkolenia studentów. Obserwujemy rosnące zainteresowanie studentów zagadnieniami z medycyny rodzinnej i geriatry. Ponadto problemy osób starszych zaczynają być obecne w mediach. Dzięki takim inicjatywom, jak Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy, która od pewnego czasu wspiera potrzeby seniorów, również młodzi ludzie zaczynają wokół siebie dostrzegać starszych i mniej sprawnych.

Na efekty w postaci zwiększającego się zainteresowania specjalizacją z geriatry trzeba jeszcze poczekać, ale już widoczne są wysiłki włożone w szkolenie lekarzy rodzinnych [4, 5]. Inwestycja ta zaowocuje rozwojem profesjonalnej opieki lekarskiej i pielęgniarstwa-opiekuńczej, z której skorzystamy wszyscy.

Wnioski

Uzyskane wyniki badania wskazują, że sukcesywne usprawnianie systemu opieki geriatrycznej w Polsce jest konieczne. Niemniej wysiłki nauczycieli akademickich powodują wzrost wiedzy i zainteresowania studentów i lekarzy problemami zdrowotnymi osób starszych, co dobrze rokuje na przyszłość.

Piśmiennictwo

1. Derejczyk J. Gerontologia i geriatry w Polsce w tle Europy – czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju? *Gerontol Pol* 2008; 16(3): 149–159.
2. Pietrzykowska M, Reiwer-Gostomska M, Gutknecht P, i wsp. Ocena postrzegania seniorów i ich potrzeb przez studentów VI roku studiów medycznych. *Fam Med Prim Care Rev* 2013; 15(2): 157–159.
3. WHO Centre for Health Development. *A glossary terms for community health care and services for older persons*. Aging and Health Technical Report 2004; 5.
4. Zielińska-Więczkowska H. Jakość starzenia się i starości w subiektywnej ocenie słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku. *Gerontol Pol* 2009; 17(3): 137–142.
5. Łukomska A. Satysfakcja osób starszych z usług świadczonych przez lekarza rodzinnego. *Gerontol Pol* 2012; 20(2): 68–72.

Adres do korespondencji:

Lek. Małgorzata Pietrzykowska
Katedra Medycyny Rodzinnej GUM
ul. Dębinki 2
80-211 Gdańsk
Tel.: 58 349-15-75
E-mail: malpiet@gumed.edu.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 16.02.2014 r.

Po recenzji: 4.04.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 16.04.2014 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Efektywność zastosowania drenów wentylacyjnych w leczeniu wysiękowego zapalenia ucha środkowego u dzieci

The effectiveness of ventilation tubes treatment in otitis media with effusion in children

MAGDALENA PRAUZIŃSKA^{A,F}, JAKUB SROCYŃSKI^{B,D}, BEATA PUCHER^{D,E}, JAROSŁAW SZYDŁOWSKI^{A,D}

Klinika Otolaryngologii Dziecięcej Katedry Otolaryngologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie **Wstęp.** Wysiękowe zapalenie ucha środkowego jest jednym z najczęstszych schorzeń występujących u dzieci. Przebiega z obecnością płynu w jamie bębnekowej i niedosłuchem przewodzeniowym. Zalecanym postępowaniem jest wdrożenie leczenia w przypadku utrzymywania się wysięku przez okres powyżej trzech miesięcy. Do metod leczenia chirurgicznego zaliczamy adenotomię i drenaż wentylacyjny ucha środkowego.

Cel pracy. Ocena skuteczności drenażu wentylacyjnego ucha środkowego w leczeniu OME u dzieci.

Materiał i metody. Przeanalizowano dokumentację medyczną 31 dzieci, u których zastosowano drenaż wentylacyjny ucha środkowego z adenotomią i oceniono liczbę uszu z wysiękiem 6–9 miesięcy i 12–24 miesięcy po zabiegu. Grupę kontrolną stanowiło 7 pacjentów leczonych zachowawczo lub poddanych adenotomii.

Wyniki. Na wizycie 6–9 miesięcy po zabiegu liczba uszu z wysiękiem była istotnie niższa w grupie badawczej niż w grupie kontrolnej, natomiast 12–24 miesięcy po zabiegu różnica w liczbie uszu z wysiękiem nie była istotna statystycznie.

Wnioski. Drenaż wentylacyjny ucha środkowego jest skuteczniejszym sposobem leczenia OME od leczenia zachowawczego lub samej adenotomii, jednak efekt ten jest krótkotrwały.

Słowa kluczowe: wysiękowe zapalenie ucha środkowego, drenaż wentylacyjny ucha środkowego.

Summary **Background.** Otitis media with effusion is a common condition in children. It is defined as a presence of fluid in the middle ear and causes conductive hearing loss. It is recommended to start a treatment after 3 months of “watchful waiting” period. Surgical treatment methods include adenoidectomy and ventilation tubes insertion.

Objectives. Assessing the effectiveness of middle ear ventilation as OME treatment method.

Material and methods. The medical charts of 31 children with ventilation tube treatment were analyzed. The control group were 7 children with medical treatment or adenoidectomy. The number of ears with effusion was compared between groups after 6–9, and 12–24 months.

Results. There was statistically relevant difference in the number of ears with effusion between groups after 6–9 months and there was no such a difference after 12–24 months.

Conclusions. Ventilation tube treatment is effective in resolving effusion comparing to medical treatment or adenoidectomy but this effect is short term.

Key words: otitis media with effusion, ventilation tube treatment.

Wstęp

Wysiękowe zapalenie ucha środkowego (*otitis media with effusion* – OME) jest jedną z najczęstszych chorób wieku rozwojowego, będąc częstą przyczyną zgłaszania się rodziców z dzieckiem do lekarza. Dotyczy głównie dzieci do 6.–7. roku życia. Jest ono definiowane jako obecność płynu w jamie bębnekowej bez cech ostrej infekcji [1, 2]. Podstawowym objawem OME jest niedosłuch przewodzeniowy, który może negatywnie wpływać na rozwój dziecka powodując opóźnienie rozwoju mowy czy zaburzenia zachowania [3]. Patogeneza OME jest wieloczynnikowa, przy czym największą rolę odgrywa tu dysfunkcja funkcjonalna trąbki słuchowej oraz czynnik infekcyjny – zakażenie bakteryjne. Większość przypadków OME ustępuje samoistnie w przeciągu 3 miesięcy, dlatego w przypadku stwierdzenia braku zaburzeń rozwojowych, jak np. opóźniony rozwój mowy, zalecanym początkowo postępowaniem jest 3-miesięczny okres „czujnej obserwacji”. W przypadkach, gdy dochodzi do utrwalenia lub nawrotów choroby, czy obserwujemy zaburzenia rozwojowe spowodowane niedosłuchem, na-

leży wdrożyć leczenie. W postępowaniu zachowawczym stosowane są głównie sterydy donosowe i autoinflacja za pomocą aparatu Otovent, jednak skuteczność tych metod jest niewielka. Do metod leczenia chirurgicznego należą adenotomia i drenaż wentylacyjny ucha środkowego. Drenaż prowadzony jest przez myringotomię i założenie plastikowych drenów wentylacyjnych w błonę bębnekową dla utrzymania perforacji, co zapobiega powstawaniu ujemnego ciśnienia i gromadzeniu wydzieliny w jamie bębnekowej. Dreny utrzymują się w błonie bębnekowej przez około 6 miesięcy. Po założeniu drenów obserwuje się w większości przypadków szybkie ustąpienie objawów, jednak przewaga drenażu wentylacyjnego nad innymi metodami postępowania, zwłaszcza w aspekcie długoterminowym, nadal jest dyskusyjna.

Materiał i metody

Dokonano retrospektywnej analizy dokumentacji medycznej Oddziału Otolaryngologicznego oraz Poradni Oto-

laryngologicznej pacjentów z OME poddanych zabiegowi założenia transtympanalnych drenów wentylacyjnych oraz adenotomii. Zabieg przeprowadzono w znieczuleniu ogólnym. Pod kontrolą mikroskopu operacyjnego wykonywano myringotomię i odsysano zalegającą wydzielinę oraz zakładano transtympanalny dren wentylacyjny. Następnie wykonywano adenotomię. Grupę badawczą stanowiło 31 dzieci. Grupę kontrolną stanowiło 7 dzieci z OME, poddanych tylko zabiegowi adenotomii lub leczonych zachowawczo. Wyniki dla każdego ucha rozpatrywano oddzielnie. Charakterystykę liczności i wieku grupy badanej i grupy kontrolnej przedstawiono w tabeli 1.

Grupa	n (uszy)	Wiek (lata), Średnia (SD)
Kontrolna	14	6,73 (2,72)
Badana	62	6,59 (2,87)

Dokonano oceny wyników leczenia przyjmując jako kryterium brak lub obecność wysięku w jamie bębenkowej na dwóch wizytach kontrolnych: pierwszej (I) 6–9 miesięcy po początku leczenia oraz drugiej (II) po 12–24 miesiącach. Materiał poddano analizie statystycznej wykorzystując test U dla frakcji.

Wyniki

Liczbę procentową uszu z wysiękiem na wizytach I i II przedstawia tabela 2.

% uszu z wysiękiem	Grupa kontrolna	Grupa badana	p dla różnicy
Przed leczeniem	100,00%	100,00%	1
Wizyta I (po 6–9 miesiącach)	70,58%	15,69%	< 0,0001
Wizyta II (po 12–24 miesiącach)	50,00%	37,09%	0,3725

Przed leczeniem wysięk stwierdzono we wszystkich uszach zarówno w grupie badanej, jak i kontrolnej. Na wizycie I wysięk stwierdzono w 70,58% uszu w grupie kontrolnej i 15,69% uszu w grupie badanej. Na wizycie II stwierdzono go w 50% uszu w grupie kontrolnej oraz

37,09% uszu w grupie badanej. Poziom istotności p dla różnic w liczbie uszu z wysiękiem między grupami kontrolną i badawczą na wizycie I i II zbadano testem U dla frakcji. Wyniósł on < 0,0001 na wizycie I (co znaczy, że różnice te są istotne statystycznie) oraz 0,3725 na wizycie II (różnice nie są istotne statystycznie).

Dyskusja

Porównując procentową liczbę uszu z wysiękiem w grupie kontrolnej i badawczej na wizytach I i II wykazano, że liczba uszu z wysiękiem była istotnie statystycznie niższa w grupie badawczej niż w grupie kontrolnej na wizycie I, natomiast na wizycie II różnica ta nie była istotna statystycznie. Dempster i wsp. w swoim badaniu także porównywali liczbę uszu z wysiękiem między grupami bez drenażu, a grupami, w których stosowano drenaż po 6 i 12 miesiącach. Wykazali oni różnice w liczbie uszu z wysiękiem między tymi grupami 6 miesięcy po zabiegu, a po 12 miesiącach nie wykazali takich różnic [3]. W podobnym badaniu przeprowadzonym przez Wilks i wsp., 9 miesięcy po zabiegu obserwowano wysięk w 27% uszu po drenażu i w 69% w grupie czujnej obserwacji (różnica istotna statystycznie), na wizycie po 18 miesiącach odpowiednio: w 22 i 32% (różnica nieistotna statystycznie) [4]. W piśmiennictwie potwierdzono uzyskane w tym badaniu wyniki. Założenie drenów wentylacyjnych prowadzi do szybkiego usunięcia zalegającej wydzieliny z jamy bębenkowej w zdecydowanej większości przypadków, co skutkuje poprawą słuchu i umożliwia dziecku prawidłowe funkcjonowanie w środowisku bez aparatów słuchowych. Efekt ten nie jest jednak długotrwały. Po okresie 9–12 miesięcy od założenia drenów nie jest większy od uzyskanego metodą leczenia zachowawczego lub samej adenotomii oraz według danych z piśmiennictwa naturalnej rezolucji zmian.

Wnioski

Zastosowanie drenażu wentylacyjnego wykazuje się krótkoterminowo zdecydowanie wyższą skutecznością w leczeniu OME od metod zachowawczych i samej adenotomii. Drenaż wentylacyjny ucha środkowego jest jedynym skutecznym sposobem leczenia OME, który powoduje szybkie ustąpienie wysięku i poprawę słuchu. U dziecka z obustronnym OME trwającym powyżej 3 miesięcy należy zastosować tę metodę leczenia lub protezować słuch, co umożliwi mu normalne słyszenie i prawidłowy rozwój. Należy jednak pamiętać, iż efekt drenażu jest krótkotrwały i nie jest to leczenie przyczynowe, lecz jedynie postępowanie uwalniające pacjenta od objawów choroby.

Piśmiennictwo

- Rosenfeld RM, Culpepper L, Doyle KJ, et al. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Otitis Media with Effusion; American Academy of Family Physicians; American Academy of Otolaryngology – Head and Neck Surgery. Clinical practice guideline: otitis media with effusion. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2004 May; 130; 5(Suppl.): S95–S118.
- Prauzińska M, Szydłowski J, Pucher B. Zastosowanie przedłużonego drenażu wentylacyjnego jamy bębenkowej w leczeniu wysiękowego zapalenia ucha środkowego u dzieci. *Fam Med Prim Care Rev* 2013; 15(3): 375–376.
- Dempster JH, Browning GG, Gatehouse SG. A randomized study of the surgical management of children with persistent otitis media with effusion associated with a hearing impairment. *J Laryngol Otol* 1993; 107(4): 284–289.
- Wilks J, Maw R, Peters TJ, et al. Randomised controlled trial of early surgery versus watchful waiting for glue ear: the effect on behavioural problems in pre-school children. *Clin Otolaryngol Allied Sci* 2000; 25(3): 209–214.

Adres do korespondencji:

Lek. Jakub Sroczyński
Klinika Otolaryngologii Dziecięcej Katedry Otolaryngologii UM
Szpital Kliniczny im. K. Jonschera
ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań
Tel.: 61 849-13-63, 618 491-590, e-mail: edelweis@o2.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 18.02.2014 r.
Po recenzji: 18.04.2014 r.
Zaakceptowano do druku: 15.05.2014 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Ocena wpływu czynników demograficznych na stopień nasilenia zespołu uzależnienia od tytoniu i motywacji do zaprzestania palenia oraz kontroli lekarza rodzinnego w walce z nałogiem

Evaluation of the impact of demographic factors on the severity of tobacco dependence and motivation to stop smoking and control of the family doctor in the fight against addiction

SYLWIA PRZYBYLSKA-KUĆ^{1, A-F}, PAWEŁ KICIŃSKI^{2, C-F}, ELŻBIETA BARTOSZEK^{1, D-F}, MAŁGORZATA DEC^{1, D-F}, KAMIL KUĆ^{1, A-F}, WOJCIECH MYŚLIŃSKI^{1, A, B}, ANDRZEJ JAROSZYŃSKI^{2, A, B}, JERZY MOSIEWICZ^{1, A, B}

¹ Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

² Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie **Wstęp.** Metodą rozpoznawania zespołu uzależnienia od tytoniu (ZUT) jest test Fagerströma. Oceny motywacji do zaprzestania palenia dokonuje się za pomocą testu Schneider.

Cel pracy. Określenie siły uzależnienia oraz stopnia motywacji do rzucenia nałogu palenia tytoniu wśród badanej populacji. Rola lekarza POZ w walce z nałogiem.

Materiał i metody. Przeanalizowano dane uzyskane na podstawie kwestionariusza ankiety przeprowadzonej w grupie 66 chorych z ZUT leczonych w Klinice Chorób Wewnętrznych UM w Lublinie.

Wyniki. Odsetek osób zmotywowanych do rzucenia palenia wynosił 80,3%, z czego z pomocy lekarza POZ w walce z ZUT skorzystało 11,6%, a 23,2% stosowało jakiegokolwiek leczenie farmakologiczne.

Wnioski. Palący tytoń z najniższym wykształceniem są najsilniej uzależnieni i najslabiej zmotywowani do rzucenia palenia. Lekarze POZ rzadko rozpoczynają farmakologiczne leczenie ZUT.

Słowa kluczowe: zespół uzależnienia od tytoniu, test motywacji Schneider, test Fagerströma.

Summary **Background.** A method of diagnosis of tobacco dependence is the Fagerström test. Assessment of motivation to stop smoking is performed using Schneider's test.

Objectives. Assessment of the strength of cigarette dependence and degree of motivation for quitting smoking among the study population. The role of GP in the treatment of cigarette addiction.

Material and methods. A questionnaire survey was conducted in a group of 66 smoking patients treated in the Department of Internal Medicine at the Medical University of Lublin.

Results. Percentage of well motivated to quit smoking patients was 80.3%. There were 11.6% of well motivated patients who consulted their tobacco addiction treatment with a GP, and 23.2% of them used medication in smoking cessation.

Conclusions. Patients with the lowest level of education are the most dependent and least motivated to quit smoking. GPs rarely begin pharmacological treatment of cigarette addiction.

Key words: cigarette addiction, Schneider test, Fagerström test.

Wstęp

Palenie tytoniu stanowi, według Światowej Organizacji Zdrowia, najpoważniejszy czynnik ryzyka dla zdrowia [1]. Co roku używanie tytoniu zabija około 5,2 milionów ludzi na całym świecie [2].

Palenie tytoniu stanowi w Polsce poważny problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny. Wyniki badań przeprowadzonych przez OBOP w 2011 r. pokazują, że do nałogowego palenia tytoniu przyznaje się 9 mln Polaków w wieku 15 i więcej lat. Niezależnie od wieku oraz liczby wypalanych papierosów rzucenie palenia zawsze przynosi korzyści zdrowotne i zmniejszenie ryzyka zgonu.

Powszechnie uznaną metodą rozpoznawania zespołu uzależnienia od tytoniu (ZUT) jest test Fagerströma [3]. Zgodnie z aktualnymi wytycznymi leczenia ZUT, silny stopień

uzależnienia jest wskazaniem do włączenia terapii zastępczej [4].

Najważniejszym czynnikiem warunkującym powodzenie w zaprzestaniu palenia tytoniu jest odpowiednia motywacja oraz właściwie włączone leczenie. Oceny motywacji do zaprzestania palenia dokonuje się za pomocą testu przesiewowego według Schneider [5].

Cel pracy

Celem badania była ocena, czy i w jakim stopniu czynniki demograficzne, czas uzależnienia od tytoniu i liczba wypalanych dziennie papierosów korelują ze stopniem nasilenia ZUT i siłą motywacji do leczenia ZUT oraz ocena roli lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) w leczeniu ZUT.

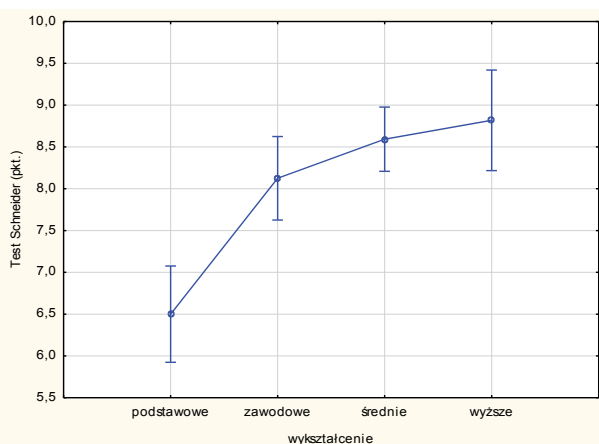
Materiał i metody

Analizie poddano dane uzyskane na podstawie kwestionariusza ankiety własnego autorstwa przeprowadzonej w grupie 66 chorych z ZUT, hospitalizowanych w Klinice Chorób Wewnętrznych UM w Lublinie. W ankiecie zawarto również kwestionariusz oceny uzależnienia od nikotyny – Fagerströma [3] oraz kwestionariusz oceny stopnia motywacji do zaprzestania palenia – Schneider [5]. Analizy statystycznej dokonano przy użyciu programu STATISTICA 10 PL.

Wyniki

Liczba osób zmotywowanych do rzucenia palenia w badanej populacji wynosiła 53 (80,3%). 43 osoby (81,1%) spośród podgrupy chorych zmotywanych do leczenia ZUT podjęło co najmniej jedną próbę rzucenia palenia. Z pomocy lekarza POZ skorzystało 5 osób (11,6% podgrupy chorych zmotywanych), a 10 osób (23,2%) stosowało jakiegokolwiek leczenie farmakologiczne. Stopień uzależnienia od tytoniu z podziałem na siłę uzależnienia rozkładał się następująco: 29 osób (43,9%) – uzależnienie słabe, 20 (30,3%) – średnie oraz 17 (25,3%) – silne. Jednocześnie 12 osób z podgrupy chorych silnie uzależnionych (70,5%) miało dużą motywację do rzucenia palenia tytoniu, jednakże tylko 2 (11,7%) podjęły próbę leczenia farmakologicznego.

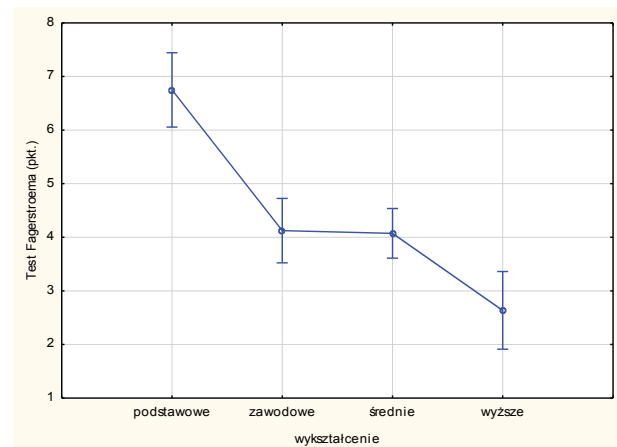
Stwierdzono brak istotnych statystycznie zależności między wynikiem testu Schneider a wiekiem ($r = 0,09$; $p = 0,44$), długością trwania ZUT ($r = -0,04$; $p = 0,74$), liczbą wypalanych w ciągu doby papierosów ($r = -0,018$; $p = 0,88$) oraz między wynikiem testu Fagerströma a wiekiem ($r = 0,09$; $p = 0,44$). Ta sama analiza wykazała umiarkowanie silną ($r = 0,3$) i znamiennej statystycznie ($p = 0,01$) zależność wyniku testu Fagerströma od długości trwania ZUT oraz liczby wypalanych dziennie papierosów ($r = 0,3$; $p = 0,003$). Wykazano brak istotności statystycznej między płcią chorych a wynikami testu Schneider i Fagerströma. Stwierdzono ponadto brak istotnych statystycznie różnic w wynikach obydwu testów w zależności od miejsca zamieszkania określonego przez liczebność populacji (test Schneider $p = 0,72$; test Fagerströma $p = 0,35$).



Rycina 1. Stopień motywacji według Schneidera a wykształcenie badanej populacji

Wykazano natomiast istnienie istotnych statystycznie różnic zarówno w wynikach testu Schneidera jak i testu Fagerströma między podgrupą chorych z wykształceniem

podstawowym (12 osób; 17,9%) a podgrupą chorych z wykształceniem wyższym niż podstawowe (55; 82,1%). Chorzy z wykształceniem podstawowym mieli istotnie statystycznie niższy średni wynik testu oceniającego motywację do zerwania z nałogiem (ryc. 1) oraz istotnie statystycznie wyższy średni wynik testu oceniającego nasilenie ZUT (ryc. 2) niż chorzy z wykształceniem wyższym niż podstawowe.



Rycina 2. Stopień nasilenia ZUT a wykształcenie badanej populacji

Dyskusja

Na podstawie wyników badania stwierdzono brak istotnej statystycznie zależności między stopniem motywacji do rzucenia palenia a wiekiem, płcią, miejscem zamieszkania, liczbą wypalanych papierosów oraz czasem uzależnienia od tytoniu. Powszechnie przyjęte jest, że jednym z czynników zagrożenia nałogiem palenia tytoniu jest niski status zawodowo-społeczny. Wyniki uzyskane w naszym badaniu dowodzą, że palący tytoń z najniższym wykształceniem są najsilniej uzależnieni i najsłabiej zmotywowani do rzucenia palenia. Uzyskane wyniki znajdują potwierdzenie w piśmiennictwie [2, 6]. Pomimo wysokiego odsetka chorych deklarujących dużą motywację do rzucenia palenia (81,1%), jedynie mała ich część podjęła próbę leczenia ZUT (23,2%), a jeszcze mniejsza część korzystała przy tym z pomocy lekarza POZ. W związku z wysokim odsetkiem chorych zmotywanych do rzucenia palenia rola lekarza POZ w większym stopniu powinna polegać na rozpoczęciu farmakologicznego leczenia ZUT, a nie ograniczać się jedynie do wzmacniania motywacji.

Wnioski

1. Palący tytoń z najniższym wykształceniem są najsilniej uzależnieni i najsłabiej zmotywowani do rzucenia palenia.
2. Stopień nasilenia ZUT dodatkowo koreluje z długością palenia i liczbą wypalanych dziennie papierosów. Brak zależności między stopniem motywacji a ocenianymi cechami demograficznymi, liczbą wypalanych papierosów oraz czasem uzależnienia od tytoniu, a także między stopniem nasilenia ZUT a analizowanymi cechami demograficznymi.
3. Pacjenci rzadko zwracają się o pomoc do lekarzy POZ i rozpoczynają leczenie zastępcze uzależnienia od tytoniu.

Piśmiennictwo

1. Chrzan R, Kulpa T. Palenie tytoniu wśród pacjentów hospitalizowanych z powodów chirurgicznych. *Fam Med Prim Care Rev* 2010; 12(3): 609–611.
2. *Globalny sondaż dotyczący używania tytoniu przez osoby dorosłe Polska 2009–2010. (GATS)*. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia; 2010, 12.
3. Clemente J, et al. Determination of nicotine dependence in school-aged smokers through a modified Fagerström Test. *An Pediatr* 2003; 58: 538–544.
4. Fagerström K, Schneider N. Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *J Behav Med* 1989; 12: 159–182.
5. Zatoński W, i wsp. Wspólne stanowisko dotyczące rozpoznawania i leczenia zespołu uzależnienia od tytoniu u pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego. *Kardiol Pol* 2011; 69(1): 96–100.
6. Targowski T, i wsp. Wpływ niektórych czynników demograficznych i socjalnych na stopień uzależnienia od nikotyny oraz motywację do rzucenia palenia tytoniu u zdrowych. *Pneumonol Alergol Pol* 2004; 72(198): 200.

Adres do korespondencji:

Lek. Sylwia Przybylska-Kuć

Klinika Chorób Wewnętrznych UM

ul. Staszica 16

20-081 Lublin

Tel.: 81 532-77-17

E-mail: przybylskasylwia1@wp.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 17.02.2014 r.

Po recenzji: 14.04.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 28.04.2014 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Najczęstsze przyczyny zgłaszania się pacjentów
pediatrycznych do Poradni Laryngologicznej w Poznaniu

The most common reasons for referral to Pediatric ENT Outpatient Clinic in Poznan

BEATA PUCHER^{A,G}, JAROSŁAW SZYDŁOWSKI^{A,D,E}, JAKUB SROCZYŃSKI^{B,D,E},
MAGDALENA PRAUZIŃSKA^{B,D,E}, BARTOSZ POLSKI^{B,D,E}

Klinika Otolaryngologii Dziecięcej Katedry Otolaryngologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

A – przygotowanie projektu badania, B – zbieranie danych, C – analiza statystyczna, D – interpretacja danych,
E – przygotowanie maszynopisu, F – opracowanie piśmiennictwa, G – pozyskanie funduszy**Streszczenie** **Wstęp.** Podczas wizyty lekarz rodzinny decyduje, czy pacjent wymaga pomocy w ramach ostrego dyżuru, czy konsultacji specjalistycznej.**Cel pracy.** Ocena przyczyn kierowania dzieci do Poradni Laryngologicznej w Poznaniu.**Materiał i metody.** Analiza retrospektywna dokumentacji pacjentów leczonych przez otolaryngologa dziecięcego w 2013 r. w poradni. Grupę badaną stanowiło 714 dzieci.**Wyniki.** U dzieci z niedosłuchem w 48,8% rozpoznano wysiękowe zapalenie ucha środkowego, w 15,7% – niedrożność trąbek słuchowych. 14,3% wymagało poszerzenia diagnostyki, a u 12% stwierdzono obturację woszczyzną. 27,1% zostało skierowanych w celu kwalifikacji do adenotonsillektomii.**Wnioski.** Najczęstszą przyczynę skierowań stanowiły: podejrzenie niedosłuchu – 37% oraz przewlekłe choroby migdałków podniebiennych – 27,1%. Dość liczną grupę (5,6%) stanowiły dzieci z ostrym zapaleniem gardła.**Słowa kluczowe:** otolaryngolog dziecięcy, konsultacja, pediatria.**Summary** **Background.** Family doctor decides whether a patient needs immediate assistance under the emergency department or consulting a specialist.**Objectives.** Analysis of the most common reasons for referral to Pediatric ENT Outpatient Clinic in Poznan.**Material and methods.** A retrospective analysis of medical records of patients treated at Pediatric ENT Outpatient Clinic by pediatric ENT specialist in 2013. Study group consisted of 714 children.**Results.** Among children with hearing loss, in 48.8% otitis media with effusion was diagnosed, 15.7% had Eustachian tube obstruction, 14.3% required further evaluation and 12% obturation by earwax was present. 27.1% were referred for a consultation in order to qualify to adenotonsillectomy.**Conclusions.** The most common cause of referral to Pediatric ENT Outpatient Clinic were: hearing loss (37%) and chronic disease/hypertrophy of palatine tonsils/adenoids (27.1%). Unexpectedly large group of children were referred with acute pharyngitis – 5.6%.**Key words:** pediatric ENT specialist, consultation, pediatrics.

Wstęp

Podczas wizyty lekarz rodzinny decyduje, czy pacjent wymaga natychmiastowej pomocy w ramach ostrego dyżuru, konsultacji specjalistycznej, czy też może być leczony w poradni lekarza rodzinnego.

Cel pracy

Celem pracy była analiza przyczyn zgłaszania się pacjentów do przyklinicznej Poradni Laryngologicznej w Poznaniu.

Materiał i metody

Przeprowadzono analizę retrospektywną dokumentacji medycznej przyklinicznej Poradni Laryngologicznej pacjentów przyjętych przez otolaryngologa dziecięcego w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2013 r. Grupę badaną stanowiło 714 dzieci skierowanych na konsultację przez lekarza rodzinnego. U każdego pacjenta przeprowadzono pełne badanie laryngologiczne. W zależności od dolegliwości diagnostykę uzupełniono o badania słuchu – audiometrię tonalną (w zależności od wieku dziecka) oraz audiometrię

impedancyjną lub kierowano pacjenta na badania obrazowe (KT zatok przynosowych/uszu lub USG szyi).

Wyniki

Z 714 wizyt w przyklinicznej Poradni Laryngologicznej 74 miały charakter kontroli poszpitalnej. U 152 pacjentów zlecono badania dodatkowe. Ponad 37% przypadków stanowiły dzieci, u których rodzice zauważyli pogorszenie słuchu. W tej grupie niedosłuch przewodzeniowy potwierdzono u 48,8% pacjentów, u których rozpoznano wysiękowe zapalenie ucha środkowego (OMS) i ze względu na czas trwania choroby skierowano do leczenia operacyjnego (założenie drenażu wentylacyjnego). U kolejnych 15,7% rozpoznano niedrożność trąbek słuchowych. 14,3% pacjentów wymagało skierowania na obiektywne badania słuchu (ABR) wykonywane w trybie hospitalizacji jednodniowej. U 12% pacjentów powodem pogorszenia słuchu była obturacja przewodu słuchowego zewnętrznego przez woszczyinę. 9% pacjentów stanowiły dzieci z rozpoznaniem przez audiologa niedosłuchem czuciowo-nerwowym, które zgłosiły się na wizytę kontrolną. 27,1% pacjentów zostało skierowanych przez lekarza rodzinnego na konsultację w celu kwalifikacji do leczenia operacyjnego z powodu przewlekłego zapalenia lub przerostu migdałków podniebiennych

i/lub migdałka gardłowego. 11,5% stanowiły dzieci z zaburzeniami drożności nosa. W tej grupie w zależności od dolegliwości zlecano badanie obrazowe (KT zatok) w celu potwierdzenia przewlekłego zapalenia zatok przynosowych (43,9%) i wdrożenia leczenia zachowawczego lub skierowania na leczenie operacyjne (chirurgia endoskopowa zatok przynosowych – FESS). 6,7% dzieci trafiło do specjalisty z powodu bólu ucha. Z 3,6% pacjentów skierowanych do Poradni Laryngologicznej z podejrzeniem wady wrodzonej głowy i szyi, u 46,1% rozpoznano i potwierdzono w USG obecność torbieli środkowej szyi, 38,5% wymagało endoskopii krtani w warunkach szpitalnych w celu wykluczenia/potwierdzenia wady wrodzonej krtani. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 1.

Dyskusja

Wysiękowe zapalenie ucha środkowego (*otitis media secretoria* – OMS) charakteryzuje się obecnością płynu w jamie bębenkowej bez objawów ogólnych i miejscowych ostrej infekcji oraz postępującym niedosłuchem przewodzeniowym. U podstaw tej jednostki chorobowej leży dysfunkcja trąbki słuchowej. Jej niedrożność spowodowana jest najczęściej przez infekcyjny lub alergiczny obrzęk błony śluzowej oraz przez przerosnięty migdałek gardłowy. Według Gryczyńskiej i wsp., najważniejszym czynnikiem ryzyka OMS jest przebyte wielokrotnie ostre zapalenie ucha środkowego [1]. OMS często samoistnie ustępuje, ale w 30–40% przypadków dochodzi do nawrotów. Podstawą rozpoznania jest otoskopia, audiometria impedancyjna i tonalna. Leczenie operacyjne (drenaż wentylacyjny) jest zalecane u dzieci z udokumentowanym niedosłuchem 25–30 dB lub więcej w lepiej słyszającym uchu [2, 3].

Poznanie roli migdałków podniebiennych w funkcjonowaniu układu immunologicznego doprowadziło do bardziej ostrożnego kwalifikowania do ich usunięcia (tonsillektomii). Wyjątkowo usuwa się migdałki przed ukończeniem 4. roku życia, tj. w okresie poprzedzającym wykształcenie się mechanizmów obronnych. Według kryteriów Paradise'a, przy kwalifikowaniu do tonsillektomii należy określić częstość występowania ostrych, bakteryjnych zapaleń migdałków

podniebiennych – angin. W przypadku dzieci powinno to być 7 lub więcej epizodów w ciągu ostatniego roku, 5 lub więcej w ciągu ostatnich 2 lat lub 3 i więcej w ciągu ostatnich 3 lat [3–6]. Znaczny przerost migdałków podniebiennych może prowadzić do upośledzenia drożności dróg oddechowych i wystąpienia bezdechów obturacyjnych w czasie snu. W takich przypadkach, zwłaszcza u dzieci poniżej 10. roku życia, należy rozważyć tonsillotomię, czyli zabieg częściowego usunięcia migdałków podniebiennych [7, 8].

6,7% dzieci było kierowanych do specjalisty z powodu bólu ucha. Jest on objawem dominującym w pierwszych godzinach ostrego zapalenia ucha środkowego (OZUS) i najczęściej ustępującym w ciągu 24–48 godzin. W tym okresie leczenie przeciwbólowe i przeciwgorączkowe, tj. zastosowanie paracetamolu lub/i ibuprofenu, jest bardzo ważną częścią postępowania leczniczego. Analiza naturalnego przebiegu OZUS wykazała, że około 2/3 zakażeń ustępuje samoistnie w ciągu 24 godzin, a około 80% – w ciągu 2–7 dni. Około 30% chorych na OZUS trafia do lekarza i choroba ta jest najczęstszą przyczyną porad lekarskich udzielanych dzieciom do 3. roku życia. Na podstawie analizy zachowań lekarzy rodzinnych oceniono, że głównym problemem w rozpoznawaniu OZUS jest brak doświadczenia otoskopowego oraz słabe uwidocznienie błony bębenkowej w badaniu otoskopowym [9].

Wnioski

1. Najczęstszą przyczyną kierowania dzieci do poradni specjalistycznej stanowiły: podejrzenie niedosłuchu – 37% (z czego u 48,8% rozpoznano OMS) oraz przewlekłe choroby migdałków podniebiennych i gardłowego – 27,1%.
2. 11,5% pacjentów skierowano do specjalisty z powodu niedrożności nosa. W tej grupie u 43,9% przyczyną było przewlekłe zapalenie zatok, a u 39% – alergiczny nieżyt nosa.
3. Liczną grupę stanowiły dzieci z ostrym zapaleniem gardła – 5,6%. Ta grupa nie wymagała konsultacji specjalistycznej.

Tabela 1. Najczęstsze przyczyny zgłaszania się pacjentów do Poradni Laryngologicznej

Rozpoznanie		Dziewczynki	Chłopcy	Razem	
Podejrzenie niedosłuchu (37%)	wysiękowe zapalenie ucha	56	74	130	266
	podejrzenie niedosłuchu	26	36	62	
	woszczyzna	12	20	32	
Choroby migdałków podniebiennych i gardłowego (27,1%)		72	122	194	
Niedrożność nosa (11,5%)	przewlekłe zapalenie zatok (43,9%)	28	8	36	82
	przewlekły/alergiczny nieżyt nosa	16	16	32	
	skrzywienie przegrody nosa	4	10	14	
Ostre zapalenie ucha środkowego (6,7%)		14	34	48	
Zapalenie gardła /nieżyt nosa/gardła		16	24	40	
Ostre zapalenie zatok przynosowych		20	18	38	
Podejrzenie wady wrodzonej (3,6%)	torbiel środkowa szyi (46,1%)	10	2	12	26
	świst krtaniowy (38,5%)	8	2	10	
	krótkie wędzidełko języka	4	0	4	
Przewlekłe zapalenie ucha środkowego		6	8	14	
Powiększenie węzłów chłonnych szyi		4	0	4	
Zapalenie ucha zewnętrznego		2	0	2	
Razem		310	404	714	

Piśmiennictwo

1. Gryczyńska D, red. *Otynolaryngologia dziecięca*. Bielsko-Biała: alfa-medica press; 2007: 134–141, 337–341.
2. Hassmann-Poznańska E. Wysiękowe zapalenie ucha środkowego (OMS). *Pol Przegl Otolaryngol* 2012; 1(3): 215–219.
3. Gryczyńska D, Hassmann-Poznańska E, Grzegorowski M, i wsp. Zalecenia diagnostyczno-terapeutyczne dla wybranych jednostek chorobowych w otynolaryngologii dziecięcej. *Post Chir Głowy Szyi* 2006; 5, 1(9) (Supl. 1): S42–S59.
4. Niedzielska G. Postępowanie w nawracających zapaleniach migdałków u dzieci. *Otynolaryngologia* 2003; 2(1): 8–10.
5. Discolo CM, Darrow DH, Koltai PJ. Infectious indications for tonsillectomy. *Pediatr Clin N Am* 2003; 50: 445–458.
6. Cotton RT, Myer CM, eds. *Practical pediatric otolaryngology*. Philadelphia: Lippincott-Raven Publisher; 1999: 15–40.
7. Chmielik M, Zając B. Operacje migdałków podniebiennych i migdałka gardłowego u dzieci – metody operacyjne i wskazania do zabiegów. *Mag ORL* 2003; Supl. IV: 9–16.
8. Topczewska-Cabanek A, Gomułka B, Nitsch-Osuch A, i wsp. Analiza przyczyn hospitalizacji dzieci w oddziale otolaryngologicznym wybranego szpitala w Warszawie. *Fam Med Prim Care Rev* 2013; 15(2): 188–191.
9. Hryniewicz W, Ozorowski T, Radzikowski A, i wsp. *Rekomendacje postępowania w pozaszpitalnych zakażeniach układu oddechowego 2010*. Źródło: <http://www.antybiotyki.edu.pl/pdf/RekomendacjeA42009.pdf>: 37–42.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Beata Pucher

Klinika Otolaryngologii Dziecięcej UM

ul. Szpitalna 27/33

60-572 Poznań

Tel.: 61 849-13-63

E-mail: bpucher@poczta.onet.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 17.02.2014 r.

Po recenzji: 10.04.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 12.04.2014 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Wiedza i praktyka w zakresie samobadania piersi

Knowledge and practice of breast self-examination

ROMA ROEMER-ŚLIMAK^{1, A-F}, JAN ŚLIMAK^{2, B, C, F}, AGNIESZKA MASTALERZ-MIGAS^{1, 3, A, D, G}, DAGMARA POKORNA-KAŁWAK^{1, 3, B, D, F}¹ Centrum Medyczne AD-MED Sp. z o.o.² Oddział Chorób Wewnętrznych Szpitala im. św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy³ Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

A – przygotowanie projektu badania, B – zbieranie danych, C – analiza statystyczna, D – interpretacja danych, E – przygotowanie maszynopisu, F – opracowanie piśmiennictwa, G – pozyskanie funduszy

Streszczenie Wstęp. Nowotwory piersi są najczęstszym nowotworem u kobiet w Polsce. Choroby nowotworowe są drugą co do częstości przyczyną zgonów na świecie. W naszym kraju wykrywa się zbyt często zaawansowane zmiany nowotworowe. Jest to spowodowane m.in. niewystarczającą wiedzą pacjentów na temat wczesnych objawów choroby nowotworowej. Dzięki realizacji programów edukacyjnych, obserwuje się wśród Polaków powolny wzrost świadomości i wiedzy onkologicznej.

Cel pracy. Ocena praktycznej i teoretycznej wiedzy pacjentek dotyczącej samobadania piersi, objawów alarmowych i samodzielnego wykonywania badania oraz określenie zależności wiedzy od wieku i wykształcenia.

Materiał i metody. Przeprowadzono autorski kwestionariusz ankiety na grupie 90 losowo wybranych kobiet. 50% badanych kobiet zamieszkiwało województwo małopolskie (Podhale) – grupa I, 50% zamieszkiwało województwo dolnośląskie – grupa II.

Wyniki. W obu badanych grupach najczęściej kobiety wykonujące samobadanie piersi robią to nieregularnie. Regularne, comiesięczne badanie zadeklarowało 24% kobiet z grupy II i tylko 4% z grupy I. W odpowiedzi na pytanie o badanie węzłów chłonnych, „węzły pachowe” wybrało 64% badanych z grupy I i 62% badanych z grupy II. We wszystkich analizowanych pytaniach wiek i poziom wykształcenia badanych nie miały istotnego znaczenia przy wyborze odpowiedzi.

Wnioski. Większość badanych kobiet ma wystarczającą wiedzę na temat samobadania piersi, ale nie znajduje to odzwierciedlenia w praktyce. Kobiety z terenu Dolnego Śląska cechuje większa świadomość zdrowotna w zakresie profilaktyki raka piersi niż kobiety z Podhala.

Słowa kluczowe: profilaktyka raka piersi, samobadanie, edukacja zdrowotna.

Summary Background. Breast cancer is the most common cancer in women in Poland. Cancer is the second most common cause of death in the world. In our country too often advanced cancerous lesions are detected. This is caused by insufficient knowledge of patients on early signs of malignancy. Thanks to the implementation of educational programs, there is a slow growth of consciousness and knowledge of oncology among the Poles.

Objectives. The aim of work was to assess the practical and theoretical knowledge of patients on breast self-examination, symptoms and determining the relationship of knowledge and age and education.

Material and methods. A survey questionnaire on a group of 90 randomly selected women was conducted. 50% of women were from south of Poland (Podhale) – Group I, and 50% were from Lower Silesia – Group II.

Results. In both treated groups mostly women who perform breast self-examination, do so irregularly. Regular, monthly examination was declared by 24% of women in Group II and only 4% in Group I. In response to a question about the examination of lymph nodes, “axillary nodes” were chosen by the 64% of respondents in Group I and 62% in Group II. In all analyzed questions age and level of education of respondents did not have a significant impact on the choice of answers.

Conclusions. Most of the surveyed women have sufficient knowledge on breast self-examination, but this is not reflected in practice. Women from Lower Silesia are characterized by greater awareness of health prevention of breast cancer than women of Podhale.

Key words: breast cancer prophylaxis, self-examination, health education.

Wstęp

Pierwszą przyczyną zgonów polskich kobiet do 65. r.ż. są nowotwory złośliwe, a wśród kobiet w wieku 40–55 lat piersi jest na pierwszym miejscu. Wysokie jest tempo wzrostu zachorowalności na nowotwory złośliwe piersi u kobiet w Polsce, a prawie równoległy przebieg krzywych zachorowalności i umieralności świadczy o małej poprawie wyleczalności chorych [1].

W Polsce wykrywa się zbyt często zaawansowane zmiany nowotworowe, które są trudniejsze do leczenia i gorzej roją. Jest to spowodowane m.in. niewystarczającą wiedzą pacjentów na temat wczesnych objawów choroby nowotworowej. Dzięki realizacji programów edukacyjnych

obserwuje się wśród Polaków stopniowy wzrost świadomości i wiedzy onkologicznej [2, 3].

Samobadanie piersi lub badanie takie wykonane przez lekarza czy pielęgniarkę było przez wiele lat propagowane jako badanie skriningowe, w celu wykrycia raka piersi we wczesnym stadium i zmniejszenia ryzyka zgonów z powodu tego nowotworu. Obecnie uznaje się je za badanie o zbyt małej czułości, mające jednak duże zalety edukacyjne [4].

Cel pracy

Celem pracy była ocena wiedzy pacjentek dotyczącej samobadania piersi, objawów alarmowych i samodzielnego wykonywania badania.

Materiał i metody

Przeprowadzono autorski kwestionariusz ankiety w grupie 90 losowo wybranych kobiet: 50% badanych kobiet zamieszkiwało województwo małopolskie (Podhale) – grupa I, 50% zamieszkiwało województwo dolnośląskie – grupa II. W obydwu grupach większość ankietowanych stanowiły osoby młode (do 34. r.ż.). W grupie I średni wiek badanych wynosił 38 ± 14 lat, natomiast w grupie II – 34 ± 13 lat. Większość kobiet posiadała co najmniej średnie wykształcenie.

Wyniki

W obu badanych grupach najczęściej kobiety wykonujące samobadanie piersi robią to nieregularnie – gdy sobie o tym przypomną. Taką odpowiedź zaznaczyło 49% kobiet z grupy I i 47% z grupy II. Regularne, comiesięczne badanie zadeklarowało 24% kobiet z grupy II i tylko 4% z grupy I. W grupie kobiet zamieszkujących województwo małopolskie 22% kobiet nie bada piersi wcale, w drugiej grupie takiej odpowiedzi udzieliła tylko 1 osoba (2%).

W obu grupach większość kobiet udzieliła prawidłowej odpowiedzi na pytanie, w której fazie cyklu takie badanie powinno się przeprowadzać – 38% w grupie I i 75% w grupie II. Jednocześnie w grupie I, wśród kobiet niebadających piersi wcale, aż 9/10 badanych nie wiedziało, kiedy badanie powinno być wykonywane. 9% kobiet z każdej z grup odpowiedziało, że faza cyklu nie ma znaczenia dla przeprowadzania samobadania piersi.

Prawidłowej odpowiedzi na pytanie dotyczące pozycji, w jakiej samobadanie powinno być wykonywane, udzieliło 29% kobiet z grupy I i 62% z grupy II – w obu przypadkach był to największy odsetek spośród udzielonych odpowiedzi.

Na pytanie o ruchy, jakimi powinno się wykonywać badanie piersi, w obu grupach większość kobiet wybrała odpowiedź „ruchami w kształcie okręgów” – odpowiednio 51% i 71% kobiety z grupy I i II. Jest to rzeczywiście najczęściej stosowany sposób badania piersi, jednak nie stanowi jedynej prawidłowej możliwości.

W odpowiedzi na pytanie o badanie węzłów chłonnych, „węzły pachowe” wybrało 64% badanych z grupy I i 62% badanych z grupy II. To cenna informacja, świadcząca o świadomości potrzeby badania węzłów chłonnych w ogóle.

Piśmiennictwo

1. Wronkowski Z, Chmielarczyk W, Zwierko M. Rak piersi. Zagrożenie populacji polskiej. *Śłużba Zdr* 2000; 24–26: 2917–2919.
2. Kulik T, Stefanowicz A, Pacian A, i wsp. Możliwości i ograniczenia profilaktyki chorób nowotworowych w podstawowej opiece zdrowotnej. *Zdrow Publ* 2004; 114: 275–278.
3. Koprowicz AE. *Wpływ mediów na profilaktykę raka piersi w województwie zachodniopomorskim*. Poznań: Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu; 2012.
4. Humphrey LL, Helfand M, Chan BK, et al. Breast cancer screening: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2002; 137: 347–360.
5. US Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2009; 151: 716–726.
6. O'Malley MS, Fletcher SW. US Preventive Services Task Force. Screening for breast cancer with breast self-examination. A critical review. *JAMA* 1987; 257: 2196–2203.
7. Łepecka-Klusek C, Jakiel G, Krasuska ME. Breast self-examination among Polish women of procreative age and the attached significance. *Cancer Nurs* 2007; 30: 64–68.
8. Tkaczuk-Włach J, Sobstyl M, Jakiel G. Rak piersi – znaczenie profilaktyki pierwotnej i wtórnej. *Przegl Menopauz* 2012; 4: 343–347.

Adres do korespondencji:
Lek. Roma Roemer-Ślimak
Centrum Medyczne AD-MED Sp. z o.o.
ul. Syrokomli 1, 51-141 Wrocław
Tel.: 71 325-67-60, e-mail: wromars09@gmail.com

Na pytanie o niepokojące objawy, które można zaobserwować podczas samobadania piersi, najczęściej zaznaczone odpowiedzi to: „guzki i zgrubienia wyczuwalne w piersi” oraz „wyciek z brodawki poza okresem karmienia” – było to odpowiednio 71% i 60% w grupie I oraz 100% i 93% badanych w grupie II. Objaw „skórki pomarańczy” był najrzadziej zaznaczaną odpowiedzią w obu badanych grupach – 15% w grupie I i 42% w grupie II.

We wszystkich analizowanych pytaniach wiek i poziom wykształcenia badanych nie miały istotnego znaczenia przy wyborze odpowiedzi.

Dyskusja

Wyniki badania, z uwagi na niezbyt liczną grupę ankietowanych, mogą mieć znaczenie tylko sygnalizujące pewne tendencje i nie należy na ich podstawie wysnuwać daleko idących wniosków. Badanie wykazało wystarczającą wiedzę respondentek w zakresie profilaktyki raka piersi – zdecydowana większość знаła najbardziej niepokojące objawy i technikę badania. W praktyce badanie to wykonuje jednak znacznie mniej badanych, a te, które wykonują – robią to nieregularnie. Zauważalny jest znacznie większy odsetek świadomych pacjentek w grupie ankietowanych z terenu Dolnego Śląska niż z Podhala.

Należy jednak podkreślić, iż od kilku lat odchodzi się od postrzegania samobadania piersi jako metody badania przesiewowego, z uwagi na dostępność metod obrazowania o bardzo wysokiej czułości [4–6]. W samobadaniu można wykryć guzki stosunkowo duże, podczas gdy regularnie wykonywana mammografia pozwala na wykrycie zmian niemych klinicznie, a jej czułość jest oceniana na 77–95%, podczas gdy samobadania na 12–41% [6–8].

Stąd już od kilku lat samobadanie piersi jest rekomendowane bardziej jako sposób edukacji prozdrowotnej i budowania świadomości zagrożenia, niż jako badanie przesiewowe samo w sobie.

Wnioski

1. Większość badanych kobiet ma wystarczającą wiedzę na temat samobadania piersi, ale nie znajduje to odzwierciedlenia w praktyce.
2. Kobiety z terenu Dolnego Śląska cechują się większą świadomością zdrowotną w zakresie profilaktyki raka piersi niż kobiety z Podhala.

Praca wpłynęła do Redakcji: 16.02.2014 r.
Po recenzji: 14.04.2014 r.
Zaakceptowano do druku: 17.04.2014 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Ocena stanu odżywienia i siły mięśniowej pacjentów hospitalizowanych w oddziale geriatrycznym

Assessment of nutritional status and muscle strength in patients hospitalized in geriatric ward

BARTOSZ J. SAPILAK^{1, A-C}, MARIA MAGDALENA BUJNOWSKA-FEDAK^{1, A, G},
MONIKA MELON-SAPILAK^{2, A, E, F}, MATEUSZ BARAN^{3, B}, ALICJA BUJALSKA^{3, B}

¹ Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

² Klinika Chorób Wewnętrznych 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką we Wrocławiu

³ Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Zakładzie Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie **Wstęp.** Proces postępującego starzenia się populacji jest nieuniknioną konsekwencją wydłużenia średniej długości życia. Aktywność ruchowa i ogólna sprawność fizyczna bezpośrednio wpływają na zmniejszenie chorobowości i śmiertelności, warunkują samodzielność, możliwość uczestniczenia w życiu społecznym i rodzinnym i w istotnym stopniu warunkują jakość życia chorych i ich opiekunów. Są one w m.in. zależne od stanu odżywienia i siły mięśniowej chorych.

Cel pracy. Ocena stanu odżywienia i siły kończyn górnych pacjentów w wieku podeszłym oraz ich wzajemnych powiązań.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono w oddziale geriatrycznym. Oceną objęto łącznie 35 chorych, 14 kobiet i 11 mężczyzn. Analizowano podstawowe dane antropometryczne (wzrost, wagę, grubość tkanki tłuszczowej), za wykładnik stanu odżywienia pacjentów posłużyła typowa skala stanu odżywienia, jaką jest *Mini Nutritional Assessment* (MNA). Dodatkowo wykorzystując zestaw dynamometrów hydraulicznych, dokonano pomiaru siły dłoni i kciuków obu kończyn górnych.

Wyniki. Średni wiek badanych wyniósł 74,5 ± 6,7 lat, wynik skróconego przesiewowego protokołu MNA ukształtował się na poziomie 11,1 ± 2,2 punktów, a pełnego protokołu MNA – na poziomie 23,8 ± 3,9 punktów. Średnia siła uścisku ręki dominującej wyniosła 21,3 ± 11,9 kg, a kciuka – 5,96 ± 4,75 kg. Do ważnych poznawczo, statystycznie istotnych korelacji ($p < 0,05$) należy zaliczyć m.in. silną dodatnią korelację subiektywnej oceny stanu zdrowia i wykształcenia ($r = 0,46$), skróconego ($r = 0,46$) oraz pełnego ($r = 0,45$) wyniku kwestionariusza MNA, dodatnią korelację obu tych parametrów z grubością tkanki tłuszczowej (odpowiednio: $r = 0,37$ i $r = 0,38$).

Wnioski. Jedynie 37% badanych chorych w wieku 65+ uzyskało wynik skali MNA wskazujący na zagrożenie niedożywieniem, ani jedna badana osoba nie była niedożywiona. W badanej grupie chorych w wieku podeszłym nie udało się wykazać istotnej statystycznie korelacji między stanem odżywienia a siłą kończyn górnych.

Słowa kluczowe: pacjenci w wieku podeszłym, siła mięśniowa, odżywienie.

Summary **Background.** The process of the progressive ageing of the population is an inevitable consequence of the extension of life expectancy. Physical activity and overall physical fitness directly affect the reduction of morbidity and mortality, and leads to self-reliance, the ability to participate in society and the family, and substantially influence the quality of life of patients and their caregivers. They are, among others, dependent on nutritional status and muscle strength.

Objectives. The aim of the work was to assess nutritional status and strength of the upper extremity in the elderly patients and their interconnections.

Material and methods. The study was conducted in geriatric ward. The assessment included 35 patients, 14 women and 11 men. Basic anthropometric data (height, weight, body fat thickness) were analyzed, and exponent of nutritional status of patients was a typical scale of nutritional status – *Mini Nutritional Assessment* (MNA). Using a set of hydraulic dynamometers the authors also measured the strength of hands and thumbs of both upper limbs.

Results. The average age of respondents was 74.5 ± 6.7 years, the result of shortened screening protocol MNA formed at 11.1 ± 2.2 points, and full protocol MNA at 23.8 ± 3.9 points. The average strength of the dominant hand grip amounted to 21.3 ± 11.9 kg and the strength of thumb was 5.96 ± 4.75 kg. As important statistically significant correlation ($p < 0.05$) the authors consider a strong positive correlation between the subjective evaluation of the health status and education ($r = 0.46$), shortened ($r = 0.46$) and full ($r = 0.45$) result of questionnaire MNA, a positive correlation of these two parameters with the thickness of adipose tissue ($r = 0.37$ and $r = 0.38$).

Conclusions. Only 37% of people aged 65+ showed the result of the MNA scale pointing the possibility of malnutrition threat, the authors did not diagnose malnutrition patients. In the test group of elderly patients the authors failed to demonstrate a statistically significant correlation between nutritional status and strength of the upper limbs.

Key words: elderly patients, hypertension, diabetes mellitus t. 2.

Wstęp

Proces postępującego starzenia się populacji jest nieuniknioną konsekwencją wydłużenia średniej długości

życia. Dotyczy oczywiście także społeczeństwa polskiego – odsetek osób w wieku podeszłym, czyli według standardów europejskich liczących ponad 65 lat (65+), rokrocznie zwiększa się i obecnie wynosi nieco ponad 14% [1]. Oce-

nia się, iż w ciągu kolejnych 15 lat zwiększy się do 17,4%, a liczba osób niepełnosprawnych zwiększy się w tym okresie do około 32%. Dane te stanowią olbrzymie wyzwanie dla całego systemu opieki zdrowotnej, ubezpieczeń społecznych, jak i poszczególnych lekarzy rodzinnych.

Aktywność ruchowa i ogólna sprawność fizyczna bezpośrednio wpływają na zmniejszenie chorobowości i śmiertelności, warunkują samodzielność, możliwość uczestniczenia w życiu społecznym i rodzinnym i w istotnym stopniu warunkują jakość życia chorych i ich opiekunów. Pomocy w zakresie przynajmniej jednej z 6 podstawowych czynności życia codziennego wymaga 1/5 chorych powyżej 70. r.ż. i aż 1/2 pacjentów powyżej 80. r.ż. Podobnie w grupie chorych 65+ upadek zdarza się 1/3 osób, a w grupie 80+ upadki zdarzają się już co drugiej osobie.

Do zasadniczych zmian zachodzących w procesie starzenia się w układzie ruchu należą ubytek masy kostnej (osteopenia), degeneracja chrząstki stawowej i utrata zakresu ruchów w stawach oraz zanik masy mięśniowej i spadek siły skurczu izometrycznego około 50%. Utratą sprawności funkcjonalnej najbardziej zagrożone są osoby wrażliwe, z niedowagą, których rezerwy czynnościowe uległy wyczerpaniu, co wpływa na ich ogólną słabość, podatność na upadki i urazy. Należy zauważyć, iż z tego powodu w wieku podeszłym zachęcamy pacjentów do utrzymywania wyższej masy ciała – BMI w zakresie 25–30 kg/m² – pacjentów takich cechuje wyższa siła mięśniowa, lepsza stabilność postawy i ogólnie lepsza jakość zdrowia.

Cel pracy

Celem pracy była ocena stanu odżywienia i siły kończyn górnych pacjentów w wieku podeszłym oraz ich wzajemnych powiązań.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w jedynym działającym we Wrocławiu oddziale geriatrycznym. Badaniem objęto łącznie 35 chorych, 14 kobiet i 11 mężczyzn. Dobór chorych był uzależniony od możliwości technicznej wykonania pomiarów oraz chęci współpracy ze strony pacjentów. Zebrano podstawowe dane antropometryczne (wzrost, wagę, grubość tkanki tłuszczowej), za wykładnik stanu odżywienia pacjentów posłużyła typowa skala stanu odżywienia, jaką jest *Mini Nutritional Assessment* (MNA) [2]. Dodatkowo wy-

korzystując zestaw dynamometrów hydraulicznych, dokonaliśmy pomiaru siły dłoni i kciuków obu kończyn górnych. Do przeprowadzenia badań nie była wymagana zgoda Komisji Bioetycznej, każdorazowo uzyskano zaś świadomą zgodę pacjenta na przeprowadzenie badania.

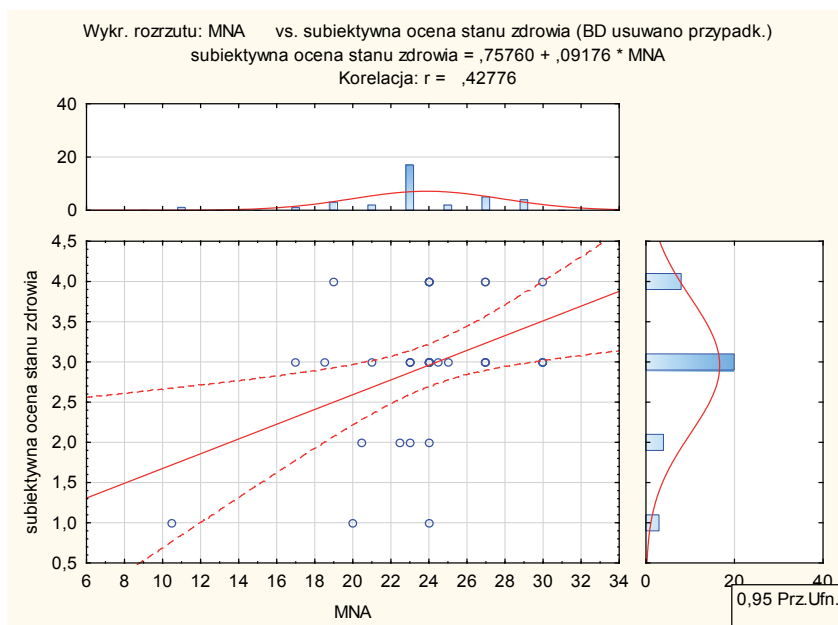
Wyniki

Średni wiek badanych wyniósł 74,5 ± 6,7 lat, przeciętne BMI badanych chorych wyniosło 26,5 ± 4,09 kg/m², grubość tkanki tłuszczowej mierzonej powyżej talerza biodrowego wyniosła 33,2 ± 9,5 mm, wynik skróconego przesiewowego protokołu MNA ukształtował się na poziomie 11,1 ± 2,2 punktów, a pełnego protokołu MNA – na poziomie 23,8 ± 3,9 punktów. Średnia siła uścisku ręki dominującej wyniosła 21,3 ± 11,9 kg, a kciuka – 5,96 ± 4,75 kg.

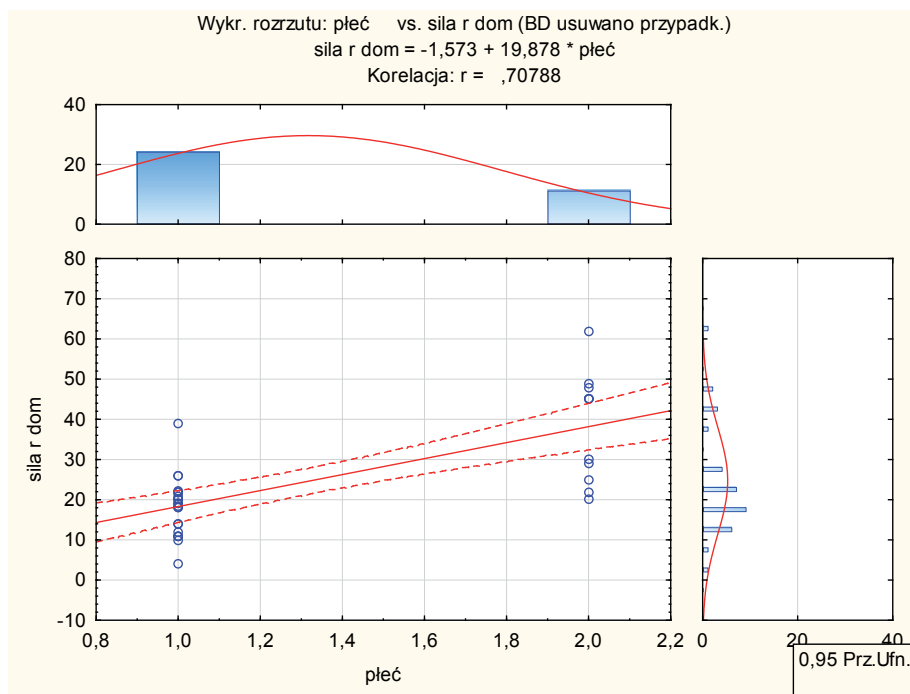
Do ważnych poznawczo, statystycznie istotnych korelacji ($p < 0,05$) zaliczyć należy m.in. silną dodatnią korelację subiektywnej oceny stanu zdrowia i wykształcenia ($r = 0,46$), skróconego ($r = 0,46$) oraz pełnego ($r = 0,45$) wyniku kwestionariusza MNA, dodatnią korelację obu tych parametrów z grubością tkanki tłuszczowej (odpowiednio $r = 0,37$ i $r = 0,38$), dodatnie powiązanie wzajemnych korelacji wszystkich czterech pomiarów siły dłoni i kciuków $r = 0,64$ do $r = 0,93$, a także dodatnią korelację siły ręki dominującej i faktu zamieszkiwania z rodziną. Ponadto zgodnie z oczekiwaniami odnotowano dodatnią korelację płci męskiej z siłą mięśniową – współczynnik korelacji r oscylował w zakresie od 0,45 do 0,7, oraz ujemną korelację wieku z siłą mięśniową – r od -0,44 do -0,59, wiek korelował dodatnio z płcią żeńską ($r = 0,38$). Najciekawsze korelacje przedstawiono na rycinach 1–3.

Omówienie wyników

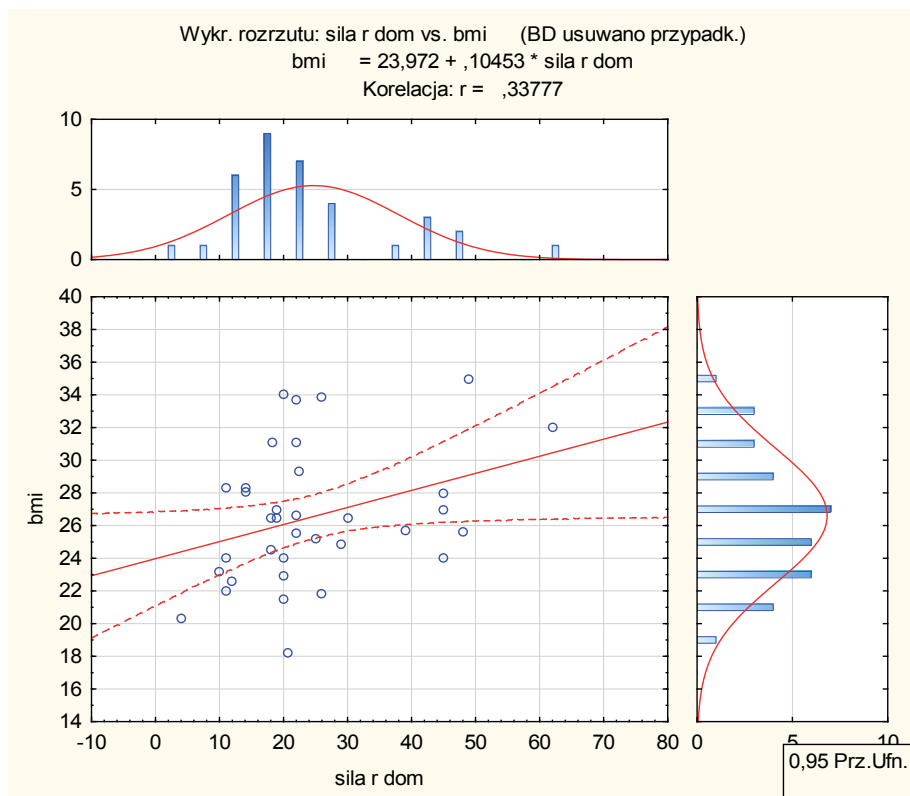
Stan odżywienia badanej grupy chorych był zaskakująco dobry, gdyż zaledwie 13 z 35 pacjentów (37%) prezentowało niesatysfakcjonujący stan odżywienia wynikający z oceny skali MNA i pomiaru BMI, sugerujące możliwość niedożywienia. W badanej grupie chorych można było oczekiwać gorszych wyników. Przyczyny tego stanu rzeczy mogły być dwojakie. Po pierwsze na wyniku badania zaważyć mógł fakt nielosowego doboru grupy badanej i w związku z tym relatywnie młody wiek ocenianych chorych, po wtóre sam charakter oddziału geriatrycznego, na



Rycina 1. Dodatnia korelacja wyniku skali MNA i subiektywnej oceny stanu zdrowia



Rycina 2. Dodatnia korelacja płci i siły ręki dominującej



Rycina 3. Dodatnia korelacja siły ręki dominującej i wskaźnika BMI

którym przeprowadzono badanie – chorzy przyjmowani byli w sposób planowy przede wszystkim celem diagnostyki zaburzeń pamięci, nie byli to pacjenci hospitalizowani ostrodyżurowo ze względów interwencyjnych. Nie udało się wykazać istotnej statystycznie korelacji stanu odżywienia i siły mięśniowej, przyczyny można upatrywać w stosunkowo niewielkiej grupie badanych chorych i jej niejednorodności.

Wnioski

1. Jedynie 37% badanych chorych w wieku 65+ uzyskało wynik skali MNA wskazujący na zagrożenie niedożywieniem, ani jedna badana osoba nie była niedożywiona.
2. W badanej grupie chorych w wieku podeszłym nie udało się wykazać istotnej statystycznie korelacji między stanem odżywienia a siłą kończyn górnych.

Piśmiennictwo

1. Grodzicki T, Kocemba J, Skalska A. *Geriatrya z elementami gerontologii ogólnej Podręcznik dla lekarzy i studentów*. Gdańsk: Via Medica; 2007.
2. Rubenstein LZ, Harker JO, Salva A, et al. Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J Geront* 2001; 56A: M366–377.

Adres do korespondencji
Dr n. med. Bartosz J. Sapilak
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej UM
ul. Syrokomli 1
51-141 Wrocław
Tel.: 501 148-503
E-mail: bartosz.sapilak@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 18.02.2014 r.
Po recenzji: 10.04.2014 r.
Zaakceptowano do druku: 10.04.2014 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Analiza wybranych aspektów sposobu odżywiania kobiet ciężarnych

Analysis of selected aspects of the diet of pregnant women

BARBARA SOKOŁOWSKA^{D,F}, MONIKA WIŚNIEWSKA^{C,D}, ANDRZEJ BORZĘCKI^A

Katedra Zdrowia Państwowej Szkoły Wyższej im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

PL ISSN 1734-3402

Streszczenie **Wstęp.** Właściwe odżywianie kobiety ciężarnej warunkuje prawidłowy przebieg ciąży i rozwój dziecka.

Cel pracy. Ocena sposobu odżywiania się kobiet ciężarnych.

Materiał i metody. Badania przeprowadzono wśród 100 ciężarnych pacjentek Oddziału Ginekologiczno-Położniczego i Patologii Ciąży Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej. Metodą badania był autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki. Większość badanych kobiet uznała, że odżywia się prawidłowo. Jednak tylko niewiele ponad połowa z nich odżywiała się regularnie, a tylko 36% stosowała właściwie zbilansowaną dietę. Mniej niż połowa badanych przyjmowała kwas foliowy i preparaty witaminowe. Część ankietowanych w czasie ciąży paliła papierosy, piła kawę i spożywała alkohol.

Wnioski. Konieczne jest rozszerzenia działań edukacyjnych dotyczących przestrzegania prawidłowych zasad diety wśród kobiet ciężarnych. W procesie edukacyjnym kobiet ciężarnych konieczny jest udział zarówno prowadzącego ciążę ginekologa, pielęgniarki, położnej, a przede wszystkim lekarza rodzinnego.

Słowa kluczowe: odżywianie, dieta, kobieta ciężarna.

Summary **Background.** Proper nutrition of a pregnant woman determines the proper course of pregnancy and child development.

Objectives. The aim of this study was to analyze selected aspects of the diet of pregnant women, as well as the analysis of the level of knowledge on rational nutrition and supplementation during pregnancy.

Material and methods. The survey was conducted among 50 women, patients of the gynecological ward of the Provincial Hospital in Biała Podlaska – obstetric and pathology of pregnancy. To carry out the study a survey was created. The survey consisted of thirty-two questions, four of which were open-ended questions, five semi-open and twenty-three closed questions. The survey was anonymous.

Results. Most of the respondents said they ate healthy food during pregnancy, but only 36% of respondents admit that they ate regularly and paid attention to the nutrient content. Enriching the diet with extra nutrients, which are necessary during pregnancy is well known, but less than half of surveyed pregnant women took supplements during pregnancy. Some respondents during pregnancy smoked cigarettes, drank coffee and consumed alcohol.

Conclusions. Patients know that poor nutrition during pregnancy can affect the health and development of the child *in utero* and after birth, but most of them do not pay attention to the content of nutrients in their diet, and only part of them took dietary supplements during pregnancy. It is necessary to involve facts on eating a healthy diet in the educational programs for pregnant women. Health education for pregnant women should be provided by a gynecologist, a midwife, and especially a family doctor.

Key words: nutrition, diet, pregnant woman.

Wstęp

Właściwe odżywianie kobiety ciężarnej warunkuje prawidłowy przebieg ciąży i rozwój dziecka [1]. Dotyczy to szczególnie pierwszego trymestru ciąży, kiedy rozwój płodu jest najbardziej dynamiczny [2]. W okresie ciąży wzrasta zapotrzebowanie na energię oraz składniki pokarmowe. Niewłaściwe odżywianie podczas ciąży może mieć niekorzystny wpływ na jej przebieg, a także być przyczyną różnych powikłań, takich jak poronienie lub poród przedwczesny. Istnieją również dowody na związek niedoboru konkretnych składników odżywczych z określonymi chorobami wieku rozwojowego [3].

Cel pracy

Celem pracy była ocena sposobu odżywiania się kobiet ciężarnych na terenie powiatu białskiego, a także analiza

poziomu wiedzy na temat racjonalnego odżywiania się i suplementacji diety w czasie ciąży.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród 100 ciężarnych pacjentek Oddziału Ginekologiczno-Położniczego i Patologii Ciąży Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej. Metodą badania był autorski kwestionariusz ankiety. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy.

Wyniki

Wśród badanych dominowały kobiety w wieku od 20 do 30 lat (50%). Najniższy odsetek ciężarnych (11%) stanowiły kobiety poniżej 20. roku życia. U 86% respondentek przebieg ciąży był prawidłowy, a u 14% badanych ciąża była zagrożona przedwczesnym porodem.

Większość badanych kobiet (97%) miała świadomość wpływu nieprawidłowego sposobu odżywiania się w czasie ciąży na rozwój płodu.

Aż 73% ankietowanych nie otrzymała od lekarza prowadzącego ciążę ani od położnej żadnych wskazówek dotyczących zasad diety kobiety ciężarnej. Mimo to 88% kobiet uznało, że odżywia się prawidłowo, a potrzebną w tym zakresie wiedzę zdobyły w oparciu o literaturę i źródła internetowe. Przeprowadzone badania wykazały jednak, że tylko niewiele ponad połowę (59%) badanych kobiet odżywiało się regularnie, a tylko 36% respondentek układając dzienny jadłospis zwracało uwagę na prawidłowy w swojej diecie bilans białek, tłuszczów, węglowodanów i składników mineralnych.

W badaniach 48% respondentek na okres ciąży otrzymała zalecenia przyjmowania suplementów uzupełniających dietę, takich jak: kwas foliowy i preparaty witaminowe, a 32% ciężarnych przyjmowało kwas foliowy już trzy miesiące przed planowaną ciążą.

Niepokojący jest fakt, że 12% ankietowanych kobiet przyznało, że będąc w ciąży nadal pali papierosy, 7% pije kawę i 1% respondentek spożywa alkohol.

Dyskusja

Sposób odżywiania się kobiety w okresie ciąży jest szczególnie ważny, ponieważ wpływa zarówno na zdrowie matki, jak i jej dziecka [4–6]. Racjonalna dieta kobiety ciężarnej powinna dostarczać odpowiednią ilość energii, a także zawierać niezbędne składniki odżywcze (czyli białka, tłuszcze, węglowodany, składniki mineralne i witaminy) w prawidłowych ilościach i proporcjach. W czasie ciąży wzrasta podstawowa przemiana materii jako następstwo zwiększenia: liczby tkanek aktywnych metabolicznie (tkanki płodu, łożysko, tkanki matki), wysiłku organizmu kobiety ciężarnej (głównie układu sercowo-naczyniowego i oddechowego) i wydatków energetycznych na syntezę tkanek [2, 7].

Piśmiennictwo

1. Bronisz A, Barczyńska T, Jurecka A, i wsp. Analiza wybranych parametrów wpływających na masę ciała noworodka u kobiet z cukrzycą ciężarnych. *Ginekol Pol* 2005; 76(12): 949–954.
2. Malarewicz A. *Położnictwo. Podstawy opieki położniczej*. Kielce: Wydawnictwo Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego J. Kochanowskiego; 2009.
3. Bręborowicz GH. *Położnictwo i ginekologia. Repetytorium*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010.
4. Kaim I, Sochacka-Tatara E, Pac A, i wsp. Stan odżywiania kobiet ciężarnych a cechy rozwoju somatycznego noworodków. *Przegl Lek* 2009; 66(4): 176–180.
5. Stankiewicz M. Dieta matki a masa ciała noworodka. *Mag Pielęgn Pol* 2010; 12: 37–38.
6. Szostak-Węgierek D, Cichocka A. *Żywność kobiet w ciąży*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2005.
7. Przybyłowicz K, Kalinowska K. Żywność kobiet w ciąży a stan urodzeniowy noworodków wyrażony indeksem Ponderala. *Probl Hig Epidemiol* 2011; 92(3): 508–511.
8. Jarosz M, Bułhak-Jachymowicz B. *Normy żywienia człowieka. Podstawy prewencji otyłości i chorób niezakaźnych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008.
9. Borkowski W, Mielniczuk H. Wpływ wybranych czynników społecznych i zdrowotnych, w tym tempa przyrostu masy ciała w ciąży i masy ciała przed ciążą, na małą masę urodzeniową noworodka. *Ginekol Pol* 2008; 79: 415–421.
10. Wender-Ożegowska E. Wady rozwojowe, czy to już przeszłość w ciąży powikłanej cukrzycą? *Fam Med Prim Care Rev* 2010; 12(1): 91–96.

Adres do korespondencji:
Dr n. med. Barbara Sokołowska
Katedra Zdrowia PWS
ul. Sidorska 95/97
21-500 Biała Podlaska
Tel.: 601 268-796
E-mail: ryba72@op.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 17.02.2014 r.
Po recenzji: 6.04.2014 r.
Zaakceptowano do druku: 9.04.2014 r.

W badaniach własnych stwierdzono, że większość badanych kobiet miała świadomość wpływu nieprawidłowego sposobu odżywiania się w czasie ciąży na rozwój płodu. Jednak aż 73% ankietowanych nie otrzymała od personelu medycznego ani od położnej żadnych wskazówek dotyczących zasad diety kobiety ciężarnej. Mimo to 88% kobiet uznało, że odżywia się prawidłowo. Analiza uzyskanych wyników badań wykazała jednak, że tylko tylko niewiele ponad połowę (59%) badanych kobiet odżywiało się regularnie, a tylko 36% respondentek prawidłowo bilansowało swoją dietę pod względem zawartości białek, tłuszczów, węglowodanów i składników mineralnych.

Udowodniono, że suplementacja kwasem foliowym w okresie prokreacji i ciąży kilkakrotnie zmniejsza ryzyko wystąpienia wady cewy nerwowej, a suplementacja jodem – ryzyko wola tarczycy i kretynizmu. [5–9]. Mniej niż połowa (48%) badanych kobiet w czasie ciąży uzupełniała swoją dietę o kwas foliowy i preparaty witaminowe, a tylko 32% ciężarnych przyjmowało kwas foliowy przed planowaną ciążą.

Szczególnie niekorzystny wpływ na organizm matki, jak i rozwijającego się płodu ma alkohol, nikotyna i kofeina [2, 9, 10]. Mimo to 12% ankietowanych kobiet przyznało, że będąc w ciąży nadal pali papierosy, 7% pije kawę i 1% respondentek spożywa alkohol.

Wnioski

1. Konieczne jest rozszerzenia działań edukacyjnych dotyczących przestrzegania prawidłowych zasad diety kobiet ciężarnych.
2. W procesie edukacyjnym kobiet ciężarnych konieczny jest udział zarówno prowadzącego ciążę ginekologa, pielęgniarki, położnej, a przede wszystkim lekarza rodzinnego.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Zastosowanie badania fiberoskopowego w diagnostyce zaburzeń fonacyjnych u dzieci

Application of fiberscope in phonation disorder diagnostics in children

JAKUB SROCZYŃSKI^{A-G}, JAROSŁAW SZYDŁOWSKI^{A, B, D, E}, BEATA PUCHER^{B, D-F},
MAGDALENA PRAUZIŃSKA^{B, D, E}, BARTOSZ POLSKI^{B, D, E}

Klinika Otolaryngologii Dziecięcej Katedry Otolaryngologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie Wstęp. Zaburzenia głosu u dzieci są częstym problemem w praktyce pediatrycznej. „Mianem głosu dziecka obejmujemy fonacyjną czynność narządu głosowego od pierwszego krzyku porodowego do pojawienia się zmian w głosie wywołanych mutacją. Problemy z głosem dotyczą 6–9% populacji dzieci” [1].

Cel pracy. Ocena przydatności badania fiberoskopowego w diagnostyce zaburzeń głosu u dzieci hospitalizowanych na Oddziale Otolaryngologicznym Kliniki Otolaryngologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

Materiał i metody. Analiza retrospektywna dokumentacji medycznej pacjentów przyjętych do Kliniki Otolaryngologii Dziecięcej w Poznaniu w latach 2008–2013. Grupę badaną stanowiło 91 dzieci skierowanych na konsultację przez lekarza rodzinnego.

Wyniki. Najczęstszą przyczyną chrypki w badanej populacji były guzki głosowe oraz brodawczaki krtani. Najrzadziej stwierdzono występowanie zmian organicznych pod postacią polipów lub ziarniny fałdów głosowych oraz krwiaka fałdu głosowego.

Wnioski. Fiberoendoskopowa ocena budowy i czynności krtani jest łatwą i użyteczną techniką możliwą do zastosowania u dzieci począwszy od okresu noworodkowego, nie wymagającą znieczulenia ogólnego badanego dziecka.

Słowa kluczowe: chrypka, zaburzenia głosu, fiberoskopia.

Summary Background. Voice disorders in kids are common problems in clinical practice. “By the term of “kid’s voice” we understand phonatory function of the voice organ from the first newborn cry till the first voice changes caused by mutation. The vocal problems affect 6–9% of pediatric population” [1].

Objectives. Evaluation of the usefulness of fiberoscopy examination in the diagnosis of voice disorders in children admitted to Pediatric ENT Department University of Medical Sciences in Poznan.

Material and methods. A retrospective analysis of medical records of patients treated at Pediatric ENT Department between 2008–2013 was conducted. Study group consisted of 91 children referred for consultation by the family doctor.

Results. The most common cause of hoarseness in the study group were voice nodules and papillomas of the larynx. Lesions in the form of polyps, granulomas and haemangiomas of the vocal cords were reported the most rarely.

Conclusions. The fiberoscopic evaluation of the structure and function of the larynx is an easy and useful technique that can be performed in children from the neonatal period. This technique does not require the general anesthesia.

Key words: hoarseness, voice disorders, fiberoscopy.

Wstęp

Rozwój techniki endoskopowej oraz wprowadzenie endoskopów giętkich i ich upowszechnienie za sprawą obniżenia kosztów produkcji doprowadziły do większej dostępności fiberoendoskopii jako małoinwazyjnej techniki diagnostycznej. Fiberoendoskopia krtani jest obecnie najczęściej stosowaną metodą oceny budowy strukturalnej oraz czynnościowej krtani. Badanie może być wykonywane nawet w trybie ambulatoryjnym już od okresu noworodkowego. Współczesne metody obrazowania i archiwizowania dokumentacji fotograficznej i wideo pozwalają na prowadzenie retrospektywnej analizy porównawczej, monitorowanie wyników leczenia oraz konsultowanie zapisanych cyfrowo obrazów z ośrodkami referencyjnymi na całym świecie.

Cel pracy

Celem pracy była ocena przydatności badania fiberoskopowego w diagnostyce zaburzeń głosu u dzieci hospi-

talizowanych na Oddziale Otolaryngologicznym Kliniki Otolaryngologii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu oraz analiza częstości występowania patologii wpływających na zaburzenia głosu u dzieci pozostających pod opieką Poradni Przyklinicznej.

Materiał i metody

Badaniami objęto 91 dzieci przyjętych do Kliniki Otolaryngologii Dziecięcej w Poznaniu w latach 2008–2013.

Badanie fiberoendoskopowe wykonywano przez jamę nosową po uprzednim znieczuleniu 10% roztworem lignokainy oraz wcześniejszej aplikacji miejscowej środka obkurczającego błonę śluzową. W przypadku dzieci niewspółpracujących badanie wykonywano po uprzedniej premedykacji midazolamem w dawce 0,1–0,2 mg/kg.m.c. Zastosowana metoda wprowadzania endoskopu przez jamę nosową dodatkowo umożliwia ocenę części nosowej gardła i struktur ponadgłosniowych, nie naruszając artykulacyjnej sprawności narządów mowy i ograniczając dyskomfort towarzyszący badaniu.

Wyniki

Tabela 1. Najczęstsze przyczyny zaburzeń fonacyjnych w grupie badanej		
Rodzaj patologii	Liczba rozpoznań	Wartość procentowa
Guzki głosowe	35	38,5%
Brodawczaki krtani	21	23,1%
Porażenie fałdów głosowych	20	22%
Ziarnina fałdów głosowych	7	7,7%
Bez zmian na fałdach głosowych	4	4,4%
Krwiak pourazowy fałdu głosowego	2	2,2%
Polip fałdu głosowego	1	1%
Brak zwarcia fonacyjnego	1	1%

Najliczniejszą grupę pacjentów stanowili chorzy ze zmianami na fałdach głosowych o charakterze guzków głosowych, kolejną grupę – pacjenci z brodawczakowością krtani. Liczną grupę pacjentów stanowiły dzieci z porażeniem fałdów głosowych. W dalszej kolejności rozpoznawano zmiany organiczne o charakterze polipów lub ziarniny fałdów głosowych. Badanie fiberoskopowe potwierdziło obecność krwaka fałdu głosowego u dwóch pacjentów po urazie tępyim szyi.

Dyskusja

Diagnostyka zaburzeń głosu ma na celu określenie etiologii nieprawidłowości oraz umożliwienie zróżnicowania zmian organicznych – wymagających z reguły postępowania zabiegowego od czynnościowych.

Najczęstszą przyczyną zaburzeń głosu w okresie noworodkowym i niemowlęcym są porażenia fałdów głosowych.

Piśmiennictwo

1. Gryczyńska D, red. *Otorynolaryngologia dziecięca*. Bielsko-Biała: alfa-medica Press; 2007: 535–537.
2. Niedzielska G, Szlązak I, Grzywna I, i wsp. Diagnostyka endofiberoskopowa w zaburzeniach oddechowych i fonacyjnych u dzieci. *Otorynolaryngologia* 2009; 8(2): 76–80.
3. Bielecki I, Mniszek J, Woś H. Aspekty laryngologiczne refluku żołądkowo-przełykowego u dzieci. *Chirur Pol* 2004; 6(1): 51–63.
4. Piasecka A, Iwańczak B. Choroba refleksowa przełyku u dzieci – objawy pochodzące z układu oddechowego i krążenia. *Adv Clin Exp Med* 2006; 15, 5: 941–948.

Adres do korespondencji:

Lek. Jakub Sroczyński
Klinika Otolaryngologii Dziecięcej UM
ul. Szpitalna 27/33
60-572 Poznań
Tel.: 61 849-13-63, 512 170-645
E-mail: jpsroczyński@gmail.com

Praca wpłynęła do Redakcji: 17.02.2014 r.

Po recenzji: 14.04.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 28.04.2014 r.

W tej grupie wiekowej relatywnie często stwierdza się zaburzenia o charakterze osrodkowym, które w stosunku do porażień obwodowych występują w relacji 4 do 6. Wraz z wiekiem dziecka, w konsekwencji urazów i uszkodzeń jatrogennych proporcja ta zmienia się na coraz bardziej wyraźną przewagę zaburzeń obwodowych, osiągając po okresie pokwitania wartość 9 do 1.

Nieprawidłowości organiczne stwierdzane są u niemowląt najczęściej pod postacią zwężeń w okolicy podgłośniowej o charakterze wrodzonym (m.in. płetwy krtaniowej) lub nabytym wtórnie do urazów o charakterze zazwyczaj jatrogennym (zmiany pointubacyjne, takie jak zwężenia bliźnowate na poziomie głośni prowadzące często do upośledzenia ruchomości w stawie pierścienno-nalewkowym czy obecność ziarniny).

Najczęstszą wadą wrodzoną krtani, jaką jest wrodzona wiotkość tego narządu – laryngomalacja – może także manifestować się pod postacią zaburzeń głosu. Rozpoznanie relatywnie rzadko występującej w tej grupie wiekowej nawracającej brodawczakowości układu oddechowego jest czynnikiem szczególnie niekorzystnym, powiązanym zazwyczaj z zakażeniem HPV-11, co powiązane jest z dużą częstością nawrotów choroby oraz skłonnością do agresywnego i niekontrolowanego rozprzestrzeniania się choroby do dolnych dróg oddechowych.

W okresie niemowlęcym często obserwuje się również zmiany zapalne związane z chorobą refluksową żołądka. „Najczęstszą przyczyną chrypek dziecięcych w wieku szkolnym są guzki głosowe będące wynikiem czynności hipofunkcjonalnej krtani” [2].

Wnioski

1. Najczęstszą przyczyną chrypki w badanej populacji były guzki głosowe oraz brodawczaki krtani.
2. Najrzadziej stwierdzono występowanie zmian organicznych pod postacią polipów lub ziarniny fałdów głosowych oraz krwaka fałdu głosowego.
3. Fiberoendoskopowa ocena budowy i czynności krtani jest łatwą i użyteczną techniką możliwą do zastosowania u dzieci począwszy od okresu noworodkowego, nie wymagającą znieczulenia ogólnego badanego dziecka.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Immunohistochemiczna ocena obecności rzadkich rozrostów nefrogennych w potworniakach u dzieci

Immunohistochemical evaluation of the presence of rare nephrogenic rests in children teratomas

KATARZYNA TARAN^{1, A-F}, STANISŁAW SPORNY^{1, D}, MAŁGORZATA LEWANDOWSKA^{1, E}, JÓZEF KOBOŚ^{2, D, G}¹ Katedra Patomorfologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi² Zakład Patomorfologii Wieku Rozwojowego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

A – przygotowanie projektu badania, B – zbieranie danych, C – analiza statystyczna, D – interpretacja danych, E – przygotowanie maszynopisu, F – opracowanie piśmiennictwa, G – pozyskanie funduszy

Streszczenie Wstęp. Patogeneza większości nowotworów u dzieci jest niezwykle złożona, szczególnie zaś w grupie potworniaków, które wykazują duże zróżnicowanie swej morfologii i biologii.

Cel pracy. Badanie mechanizmu nowotworzenia w potworniakach przez poszukiwanie immunohistochemicznych dowodów ekspresji genu *wt1*.

Materiał i metody. Materiał badawczy obejmował 19 przypadków potworniaków u dzieci. Badaniu poddano wycinki z guzów utrwalone w formalinie i zatopione w bloki parafinowe. Z bloków tych sporządzono skrawki, które następnie zabarwiono w sposób rutynowy hematoksyliną i eozyną oraz wykorzystano do badań immunohistochemicznych z użyciem Anti-Human Wilms Tumor 1 (WT1) Protein.

Wyniki. W jednym przypadku (5,26%) w utkaniu potworniaka ujawniono rozrost nefrogenny.

Wnioski. Potworniaki, choć w większości dojrzałe, mogą w niektórych przypadkach w swej patogenie obejmować aktywację genów typowych dla innych histologicznie nowotworów i zaburzeń rozwojowych.

Słowa kluczowe: rozrosty nefrogenne, potworniaki, dzieci.

Summary Background. Pathogenesis of the neoplasms of the developmental age has not been completely known, especially complicated pathomechanisms are presented by teratomas, which show large variations in their morphology and biology.

Objectives. The aim of the study was to evaluate the mechanisms of the development of teratomas by the use of immunohistochemical proofs of WT1 gene expression.

Material and methods. 19 formalin-fixed and paraffin-embedded children teratomas tissue samples were examined. From them the slides stained with hematoxylin and eosin were prepared and used for immunohistochemical research with Anti-Human Wilms Tumor 1 (WT1) Protein.

Results. In one case (5.26%) an area of nephrogenic rests was discovered.

Conclusions. Teratomas, which mainly are matured tumors, in some cases may present activation of genes typically found in other histological types of neoplasms and disorders in their pathogenesis.

Key words: nephrogenic rests, teratoma, children.

Wstęp

Mnogość obrazów mikroskopowych, będąca przyczyną trudności w rutynowej diagnostyce nowotworów u dzieci, wynika z niezwykle skomplikowanej i wciąż nie w pełni poznanej patogenie tych rozrostów [1]. Zauważono, że będąca problemem w diagnostyce różnicowej mała swoistość markerów immunohistochemicznych jest niezwykle pożyteczna w badaniach nad patogenie nowotworów i pozwala poznać bardzo złożone mechanizmy ich powstawania, także w grupie potworniaków niedojrzałych, w których niekiedy stwierdza się obecność prymitywnego utkania mięszu wątroby, blastemy nerkowej lub pozanerkowych rozrostów nefrogennych, przypominających utkaniu nerczaka płodowego.

Ekspresja genu *wt1* obserwowana jest podczas rozwoju nerek, śledziony i mezodermalnych składników gonad oraz w komórkach międzybłonka. Dojrzałe tkanki także zawierają produkt genu *wt1* (opłucna, śledziona, serce, endometrium, kłębuszki nerkowe). Ekspresję *wt1* stwierdza się ponadto w komórkach doczesnej. Oprócz tkanek prawidłowych produkt genu *wt1* obserwuje się także w komórkach nowotworów zarówno u dzieci, jak i dorosłych (nerczak

płodowy, międzybłoniak, desmoplastyczne guzy drobno-okragłokomórkowe, rak sutka, rak stercza, białaczki) [2–4].

Cel pracy

Celem pracy było badanie mechanizmu nowotworzenia w potworniakach przez poszukiwanie immunohistochemicznych dowodów ekspresji genu *wt1*.

Materiał i metody

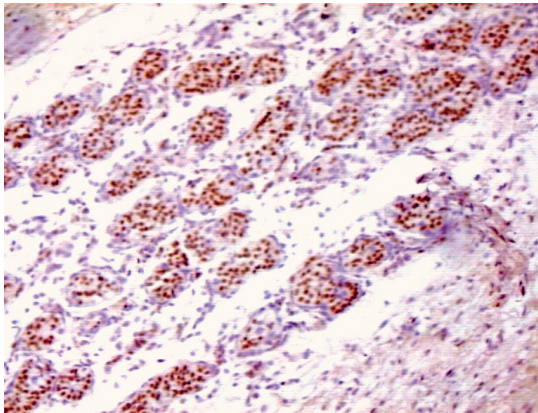
Materiał badawczy obejmował 19 przypadków potworniaków ze zbiorów Zakładu Patomorfologii Wieku Rozwojowego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, wyciętych u 8 chłopców i 11 dziewczynek w wieku 2–12 lat, w tym 6 potworniaków okolicy krzyżowo-łędźwiowej, 10 potworniaków jajnika i 3 potworniaki jądra. Trzy z badanych guzów były potworniakami niedojrzałymi (dwa przypadki guzów jajnika i jeden okolicy krzyżowo-łędźwiowej).

Materiał do badań stanowiły wycinki z guzów utrwalone w formalinie i zatopione w bloki parafinowe. Z bloków tych

sporządzono skrawki, które następnie zabarwiono w sposób rutynowy hematoksyliną i eozyną oraz wykorzystano do badań immunohistochemicznych z użyciem mysiego monoclonalnego przeciwciała: Anti-Human Wilms Tumor 1 (WT1) Protein (DAKO) oraz systemu wizualizacji EnVision+System, Peroxidase – DAB (DAKO). Kontrolę negatywną w przeprowadzonych badaniach stanowiły skrawki, w których zastępowano pierwotne przeciwciała buforem TRIS. Kontrolą pozytywną były skrawki rozpoznanego wcześniej nerczaka płodowego. Za pozytywny wynik przyjmowano jądrowy typ reakcji – brązowe zabarwienie jądra komórkowego.

Wyniki

Stwierdzono ekspresję produktu genu *wt1* w jednym z dziewiętnastu potworniaków (5,26%). W guzie tym, zlokalizowanym w okolicy lędźwiowo-krzyżowej i o tkaniu potworniaka niedojrzałego bez morfologicznych cech złośliwości, zaobserwowano reakcję o typie jądrowym w licznych komórkach guza, tworzących prymitywne struktury cewkowe (fot. 1).



Fotografia 1. Ekspresja produktu genu *wt1* w komórkach rozrostu nefrogennego w obrębie potworniaka niedojrzałego okolicy lędźwiowo-krzyżowej. Pow. 400 x

Dyskusja

Podstawową metodą diagnostyczną nowotworów u dzieci pozostaje nadal immunohistochemia. Powszechnie sto-

sowany panel badań poszerzono o wysoko swoisty marker nerwiaka zarodkowego (NB84) oraz przeciwciała pozwalające rozpoznać mięsakomięśniaki prążkowanokomórkowe (MyoD1, Myf-3,4,5). Mimo wielu badań nad przeciwciałem anty-WT1, które pozwala na zidentyfikowanie nerczaka płodowego i desmoplastycznych guzów drobnookrągłokomórkowych, nigdy nie włączono go do zalecanego panelu. Początkowy entuzjazm osłabł znacznie w związku z doniesieniami o ekspresji genu *wt1* w wielu innych nowotworach, a przede wszystkim w komórkach dojrzałych, prawidłowych tkanek [5, 6]. W efekcie, badania molekularne genu *wt1* i jego roli w patogenezie nerczaka płodowego i innych nowotworów usunęły w cień prace nad ekspresją jego produktu. Jednakże stosunkowo duża wiedza na temat licznych molekularnych mechanizmów, w które włączony jest gen *wt1*, pozwala na nowe spojrzenie na mechanizmy transformacji nowotworowej w innych guzach.

Wyniki przeprowadzonych przez nas badań dowodzą użyteczności oceny ekspresji produktu genu *wt1* w poszukiwaniu rozrostów nefrogennych oraz w rozważaniach nad mechanizmami wzrostu i różnicowania w niezwykle złożonej histologicznie grupie nowotworów, jakimi są potworniaki.

Niekiedy potworniaki są miejscem powstawania bardzo rzadkich pozanerkowych rozrostów nefrogennych [7]. Tego typu rozrost, złożony z zaledwie kilkadziesiąt komórek, praktycznie niemożliwy do rozpoznania w bogatokomórkowym i niezwykle różnorodnym morfologicznie tkaniu nowotworu, w rutynowym barwieniu hematoksyliną i eozyną został ujawniony w jednym z badanych przypadków potworniaka niedojrzałego, dzięki zastosowaniu przeciwciała anty-WT1.

Wyniki przeprowadzonych badań ekspresji produktu genu *wt1* wskazują zatem na potrzebę szerszego, interdyscyplinarnego spojrzenia na patogenезę nowotworów wieku dziecięcego, które, pozornie dobrze poznane, potrafią zaskoczyć nieoczekiwanymi aspektami swej biologii.

Wnioski

Potworniaki, choć w większości dojrzałe i o łagodnym przebiegu klinicznym, mogą w niektórych przypadkach w swej patogenезie obejmować aktywację genów typowych dla innych histologicznie nowotworów i zaburzeń rozwojowych.

Piśmiennictwo

- Balcerska A, Bień E. Etiopatogeneza choroby nowotworowej u dzieci. *Fam Med Prim Care Rev* 2007; 9(3): 685–687.
- Hossain A, Saunders G. The human sex-determining gene SRY is a direct target of WT1. *J Biol Chem* 2001; 276(20): 16817–16823.
- Kobos J, Sałacińska-Łoś E, Taran K. Application of modern immunohistochemistry in the diagnosis of solid tumors of childhood. *Virchows Archiv* 2001; 3: 427.
- Menssen HD, Schmidt A, Bartelt S, et al. Analysis of Wilms tumor gene (WT1) expression in acute leukemia patients with special reference to the differential diagnosis between eosinophilic leukemia and idiopathic hypereosinophilic syndromes. *Leuk Lymphoma* 2000; 36(3–4): 285–294.
- Sugiyama H. Wilms' tumor gene WT1: its oncogenic function and clinical application. *Int J Hematol* 2001; 73(2): 177–187.
- Gubler MC, Fellous M, Niaudet P, et al. WT1 splice-site mutations are rarely associated with primary steroid-resistant focal and segmental glomerulosclerosis. *Kidney Int* 2000; 57(5): 1868–1872.
- Abrahams J, Pawel B, Duhaime A, et al. Extrarenal nephroblastic proliferation in spinal dysraphism. A report of 4 cases. *Pediatr Neurosurg* 1999; 31(1): 40–44.

Adres do korespondencji:
Dr n. med. Katarzyna Taran
Katedra Patomorfologii UM
ul. Pomorska 251, 92-213 Łódź
Tel.: 42 675-76-35
E-mail: dr.taran.patho@gmail.com

Praca wpłynęła do Redakcji: 17.02.2014 r.
Po recenzji: 4.04.2014 r.
Zaakceptowano do druku: 4.04.2014 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Oparzenia jako przyczyna hospitalizacji dzieci w jednym z warszawskich szpitali w latach 2008–2012

Burns as a cause of hospitalising children in one of Warsaw's hospitals in 2008–2012

AGNIESZKA TOPCZEWSKA-CABANEK^{1, D-F}, ANNA PERNACH^{2, A-F},
ANETA NITSCH-OSUCH^{1, A-D}, DANUTA ORZOŁEK^{2, A-D}, EWA GYRCZUK^{1, C, D},
KATARZYNA ŻYCIŃSKA^{1, D}, KAZIMIERZ A. WARDYN^{1, G}

¹ Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej z Oddziałem Klinicznym Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

² Wydział Pielęgniarstwa Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi

A – przygotowanie projektu badania, B – zbieranie danych, C – analiza statystyczna, D – interpretacja danych, E – przygotowanie maszynopisu, F – opracowanie piśmiennictwa, G – pozyskanie funduszy

Streszczenie **Wstęp.** Oparzenia stanowią bardzo poważny problem kliniczny i społeczny. W większości mają charakter nagły, często mogą być zagrożeniem dla życia. Leczenia oparzeń w stopniu lekkim można podjąć ambulatoryjnie, natomiast oparzenia średnie i ciężkie wymagają specjalistycznej opieki.

Cel pracy. Analiza przyczyn hospitalizacji z powodu oparzeń u dzieci.

Materiał i metody. Dokonano analizy retrospektywnej dokumentacji medycznej 10 986 dzieci. W analizie uwzględniono: diagnozę lekarską, wiek, płeć oraz miejsce oparzenia.

Wyniki. Oparzenia różnych części ciała wystąpiły u 395 (3,6%) pacjentów. Częściej poparzeniu ulegali chłopcy. Najczęściej oparzenie dotyczyło okolicy tułowia (57%).

Wnioski. Liczba dzieci hospitalizowanych w Oddziale Chirurgii z powodu oparzeń w latach 2008–2012 utrzymuje się na podobnym poziomie. Dane o przyczynach hospitalizacji są jednym z elementów wykorzystywanych w analizie i ocenie stanu zdrowia populacji dziecięcej.

Słowa kluczowe: oparzenia, hospitalizacja, dziecko.

Summary **Background.** Burns constitute a very serious clinical problem of significant incidence. They are mostly sudden and often can be a threat to health. Treatment of mild burns can take basic care, while moderate and severe burns require specialised treatment.

Objectives. The purpose of the study was to analyse the most frequent causes of burns in children hospitalised in a selected paediatric hospital.

Material and methods. Retrospective study of medical records of 10 986 children was performed. The analysis included the following criteria: medical diagnosis, age, sex and location of scalds.

Results. Burns of various parts of the body occurred in 395 (3.6%) patients. The condition prevailed in boys. Most burns affected thorax (57%).

Conclusions. The number of children hospitalised between 2008 and 2012 was similar. Data on the causes of hospitalisation are one of the elements used in the analysis and assessment of the paediatric population's health.

Key words: burns, hospitalisation, children.

Wstęp

Oparzenia stanowią bardzo poważny problem kliniczny i społeczny. W ciągu roku 1% populacji ulega różnego typu oparzeniom, a z tej grupy 50–80% stanowią dzieci. W większości oparzenia mają charakter nagły i często mogą być zagrożeniem dla zdrowia i życia, szczególnie dzieci do 2. roku życia. W grupie dzieci do 4. roku życia oparzenia są drugą przyczyną zgonów urazowych, a u dzieci starszych – pierwszą. Oparzenia u dzieci są jedynymi urazami, w których nawet niewielka ilość czynnika sprawczego (najczęściej jest to gorący płyn) może spowodować ogromne szkody fizyczne, jak i psychiczne. Oparzenia w stopniu lekkim można leczyć ambulatoryjnie. Hospitalizacji wymagają dzieci z oparzeniami w stopniu średnim, natomiast oparzenia ciężkie powinny być leczone w ośrodkach specjalistycznych, ponieważ wymagają najczęściej zabiegu operacyjnego w postaci wycięcia martwicy i przeszczepu skóry. Skuteczne leczenie ciężkich oparzeń wymaga ścisłej współpracy chirurga, anestezjologa, pediatry, rehabilitanta oraz doświadczonych pielęgniarek.

Cel pracy

Celem pracy była analiza przyczyn hospitalizacji z powodu oparzeń u dzieci.

Materiał i metody

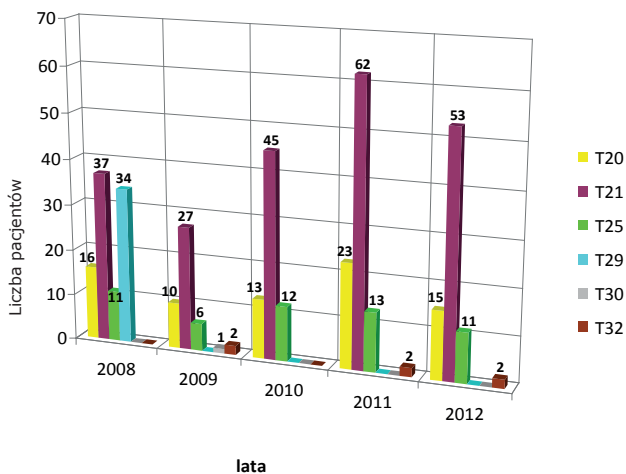
Dokonano analizy retrospektywnej dokumentacji medycznej 10 986 dzieci hospitalizowanych w latach 2008–2012 w Oddziale Chirurgii w szpitalu w Warszawie. W analizie uwzględniono: diagnozę lekarską, wiek, płeć oraz miejsce oparzenia.

Wyniki

W badanym okresie na Oddziale Chirurgii hospitalizowano 395 (3,6%) dzieci z powodu oparzeń różnych części ciała według klasyfikacji ICD-10 (tab. 1).

Tabela 1. Klasyfikacja oparzeń według ICD-10	
Symbol	Jednostka chorobowa
T20	oparzenia termiczne i chemiczne głowy i szyi
T21	oparzenie termiczne i chemiczne tułowia
T25	oparzenia termiczne i chemiczne okolice stawu skokowego i stopy
T29	oparzenia termiczne i chemiczne mnogich okolic ciała
T30	oparzenie termiczne i chemiczne, okolica ciała nieokreślona
T32	oparzenie chemiczne sklasyfikowane w zależności od rozległości objętej powierzchni ciała

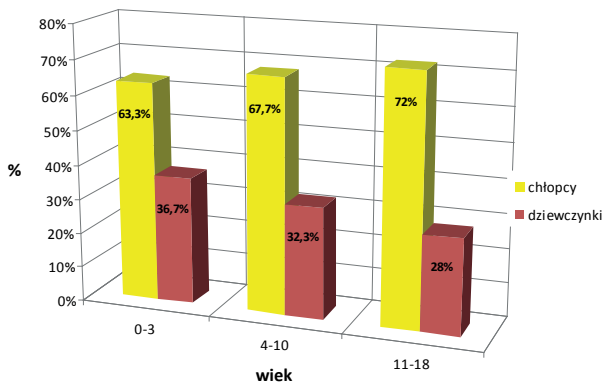
Dokładną analizę miejsca oparzenia według ICD-10 w poszczególnych latach przedstawia rycina 1.



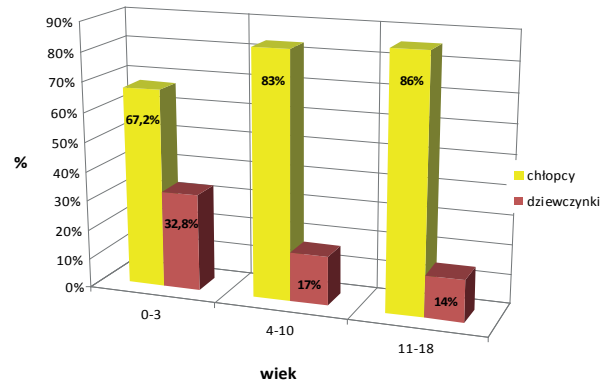
Rycina 1. Liczba pacjentów z oparzeniami w latach 2008–2012 według ICD-10

Najwięcej, bo aż 224 (57%) wszystkich oparzeń w badanym przedziale czasowym dotyczyło tułowia. Oparzenia głowy i szyi stanowiły 19%, stawu skokowego i stóp – 13% a oparzenia mnogie – 9%.

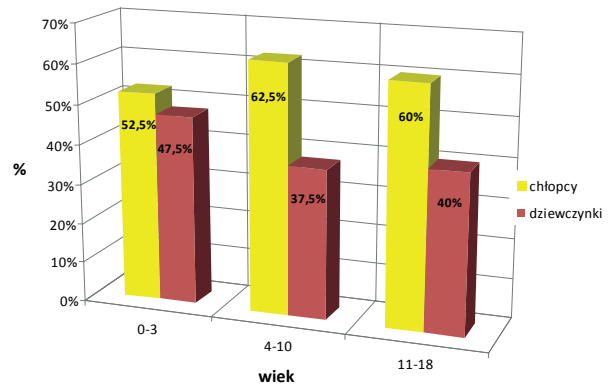
Częściej poparzeniu ulegali chłopcy w każdym z przedziałów wiekowych. Podział pacjentów z powodu doznanych oparzeń różnych okolic ciała według grup wiekowych przedstawiają ryciny: 2, 3 i 4.



Rycina 2. Pacjenci hospitalizowani w latach 2008–2012 z powodu doznanych oparzeń głowy i szyi [T20] według grup wiekowych



Rycina 3. Pacjenci hospitalizowani w latach 2008–2012 z powodu doznanych oparzeń tułowia [T21] według grup wiekowych



Rycina 4. Pacjenci hospitalizowani w latach 2008–2012 z powodu doznanych oparzeń okolice stawu skokowego i stopy [T25] według grup wiekowych

Omówienie

Najczęstszą przyczyną (85%) oparzeń u dzieci są gorące płyny (wrzątek, „ciepło wilgotne”). Na drugim miejscu (13%) są oparzenia przez bezpośredni kontakt dziecka z ogniem albo gorącym przedmiotem, u 3% dzieci to oparzenia w wyniku m.in. ataku przemocy, oparzenia chemicznego czy elektrycznego [1]. W Polsce do większości oparzeń u dzieci dochodzi przypadkowo, chociaż należy brać pod uwagę możliwość świadomego ich wywołania (objaw zespołu dziecka maltretowanego) [2].

Skóra dziecka jest bardziej wrażliwa niż dorosłego, więc urazy tego narządu mają dużo bardziej poważne konsekwencje. Okolicami najczęściej oparzonymi u dzieci są: tułów, twarz i szyja. Niemal zawsze oparzenie prowadzi do trwałego zniekształcenia wyglądu skóry, co w konsekwencji rzutuje na dalszy rozwój fizyczny i psychiczny dziecka [1, 3].

Profilaktyka oparzeń dziecka powinna koncentrować się na:

- przygotowaniu domu, w którym dziecko będzie bezpieczne (m.in. zabezpieczenie kabli, gniazdek elektrycznych, miejsca gotowania, przechowywania środków chemicznych),
- podniesieniu poziomu świadomości społecznej rodziców i opiekunów oraz dzieci w zakresie zapobiegania oparzeniom,
- edukacji rodziców i opiekunów dzieci na temat algorytmu postępowania w oparzeniach, jeśli już do niego dojdzie, w zakresie udzielania pierwszej pomocy, w celu zmniejszenia stopnia i rozległości oparzenia [4].

W Polsce są prowadzone programy profilaktyki oparzeń, ale nie mają dużego przebiecia do świadomości rodziców i opiekunów. Głównym celem takich kampanii jest podniesienie świadomości społeczeństwa w zakresie okoliczności powstawania oparzeń wśród dzieci i młodzieży, zapobiegania oparzeniom oraz podanie sposobów i metod udzielania pierwszej pomocy.

Oparzenie u dziecka to nie tylko stres, ból, separacja od rodziny, ale to długotrwały proces leczenia, rehabilitacji oraz wsparcia psychicznego. W związku z tym edukacja zdrowotna pacjentów i ich rodzin jest uznawana za element odgrywający znaczącą rolę w przebiegu procesu zdrowienia. Ma służyć minimalizacji skutków urazu, skróceniu czasu hospitalizacji oraz profilaktyce oparzeń [5]. Wiedza rodziców zdobyta podczas edukacji zdrowotnej

wpływa znacząco na ich współpracę z personelem medycznym, zmniejsza tendencję rodziców do poczucia winy oraz zwiększa ich satysfakcję z wyników leczenia.

Wnioski

Liczba dzieci hospitalizowanych w Oddziale Chirurgii z powodu oparzeń w latach 2008–2012 utrzymuje się na podobnym poziomie. Dane o przyczynach hospitalizacji są jednym z elementów wykorzystywanych w analizie i ocenie stanu zdrowia populacji dziecięcej. Na zmniejszenie występowania oparzeń u dzieci może przyczynić się wdrożenie programów profilaktycznych i informacyjnych dla rodziców i opiekunów na temat tych zagrożeń.

Piśmiennictwo

1. Kaźmierski M. *Oparzenia u dzieci*. W: Jankowski A, red. *Zarys chirurgii dziecięcej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego; 2008: 129–135.
2. Drabik-Danis E, Pokorna-Kałwak D. Dziecko maltretowane – co musi wiedzieć lekarz pierwszego kontaktu, aby nie przeoczyć i właściwie zareagować w zetknięciu z tym problemem. *Fam Med Prim Care Rev* 2005; 7(2): 497–502.
3. Smereka J. *ABC oparzeń*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Górnicki; 2007: 5–40.
4. *Profilaktyka oparzeń u dzieci*. www.na-rany.pl [cyt. 2.05.2013].
5. Malesińska M, Dębek W. Edukacja zdrowotna rodziców dzieci oparzonych. *Rocz Dziec Chir Uraz* 2005; 9: 99–103.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Agnieszka Topczewska-Cabanek
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
z Oddziałem Klinicznym Chorób Wewnętrznych
i Metabolicznych WUM
ul. Banacha 1a, blok F
02-097 Warszawa
Tel.: 22 599-21-90
E-mail: atc2001@wp.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 17.02.2014 r.

Po recenzji: 4.04.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 4.04.2014 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Analiza parametrów hemodynamicznych u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym

Analysis of hemodynamic parameters in patients with hypertension

BARTOSZ G. TRZECIAK^{1,2, A-F}, RAFAŁ CZAJA^{2, B}, PIOTR GUTKNECHT^{1,2, B}, ANDRZEJ MOLISZ^{1,2, C}, KATARZYNA NOWICKA-SAUER^{1, E}, JANUSZ SIEBERT^{1, A, C-G}¹ Katedra Medycyny Rodzinnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego² 7. Szpital Marynarki Wojennej z Przychodnią SpZOOZ w Gdańsku

A – przygotowanie projektu badania, B – zbieranie danych, C – analiza statystyczna, D – interpretacja danych, E – przygotowanie maszynopisu, F – opracowanie piśmiennictwa, G – pozyskanie funduszy

Streszczenie **Wstęp.** Dobór grup leków przeciwnadciśnieniowych według nowych zaleceń European Society of Cardiology uwzględnia wiek, rasę i choroby towarzyszące. W oparciu o nieinwazyjne wskaźniki hemodynamiczne, uzyskane z kardiografii impedancyjnej, istnieje możliwość stosowania farmakoterapii celowanej, w zależności od uzyskanych podczas badania parametrów.

Cel. Ocena parametrów hemodynamicznych u pacjentów z prawidłowo i nieprawidłowo kontrolowanym nadciśnieniem tętniczym.

Materiał i metody. W badaniu wzięło udział 199 pacjentów leczonych z powodu nadciśnienia tętniczego w gabinecie lekarza rodzinnego. Pacjentów podzielono na 2 grupy: z ciśnieniem dobrze kontrolowanym (< 140/90 mm Hg) ($n = 104$) i ciśnieniem źle kontrolowanym ($\geq 140/90$ mm Hg) ($n = 95$). Grupy były jednorodne pod względem wieku, czasu trwania nadciśnienia tętniczego, wskaźnika masy ciała. Badanie hemodynamiczne wykonano za pomocą kardiografu impedancyjnego. Rejestrowano ciśnienie tętnicze, częstotliwość akcji serca, wskaźnik rzutu minutowego serca, wskaźnik obwodowego oporu naczyniowego, zawartość płynu w klatce piersiowej.

Wyniki. Średnia wartość ciśnienia tętniczego w grupie nadciśnienia dobrze kontrolowanego skurczowego i rozkurczowego wynosiła $125,1 \pm 10,1$ mm Hg i $77,7 \pm 8,0$ mm Hg, w grupie z ciśnieniem źle kontrolowanym – $152,7 \pm 18,2$ mm Hg i $89,2 \pm 12,2$ mm Hg. W grupie ciśnienia źle kontrolowanego istotnie częściej występowała przyspieszona akcja serca, wysoki indeks objętości wyrzutowej, wysoki opór obwodowy oraz podwyższenie zawartości płynu w klatce piersiowej.

Wnioski. Wskaźniki hemodynamiczne istotnie różnicują chorych z dobrze i źle kontrolowanym ciśnieniem tętniczym.

Słowa kluczowe: nadciśnienie tętnicze, kardiografia impedancyjna.

Summary **Background.** The choice of antihypertensive drugs, according to new recommendations of the European Society of Cardiology should be related to age, race, and comorbid conditions. Based on the non-invasive hemodynamic indices derived from impedance cardiography, there is the possibility of targeted pharmacotherapy, depending on the parameters obtained during examination.

Objectives. Assessment of hemodynamic parameters in patients with controlled and uncontrolled hypertension.

Material and methods. The study involved 199 patients treated for hypertension in the family doctor's office. Patients were divided into two groups: those with controlled blood pressure (< 140/90 mm Hg) ($n = 104$) and uncontrolled blood pressure ($\geq 140/90$ mm Hg) ($n = 95$). The groups were homogeneous in age, duration of hypertension, body mass index. Hemodynamics examination was performed using an impedance cardiograph. During examination blood pressure, heart rate, cardiac index, systemic vascular resistance index and total fluid content were recorded.

Results. The mean systolic and diastolic blood pressure in the controlled hypertension group, was 125.1 ± 10.1 mm Hg and 77.7 ± 8.0 mm Hg. In the group with uncontrolled blood pressure 152.7 ± 18.2 mm Hg and 89.2 ± 12.2 mm Hg. Fast heart rate, high cardiac output index, high peripheral resistance index and increased total fluid content in the group of uncontrolled blood pressure were measured significantly more likely.

Conclusions. Hemodynamic indices significantly differentiate patients with controlled and uncontrolled hypertension.

Key words: hypertension, impedance cardiography.

Wstęp

Częstość występowania nadciśnienia tętniczego (NT) w Polsce wynosi 29–36% [1, 2] i jest zróżnicowana pod względem regionu kraju [3]. Cel terapeutyczny w wielu przypadkach nie jest osiągnięty. Dobór grup leków przeciwnadciśnieniowych według nowych zaleceń ESC uwzględnia wiek, rasę i choroby towarzyszące [4]. Dzięki użyciu nowej, nieinwazyjnej i prostej w wykonaniu metody – kardiografii impedancyjnej (ICG) – istnieje możliwość stosowania farmakoterapii celowanej, w zależności od uzyskanych podczas badania parametrów hemodynamicznych [5].

Cel pracy

Celem badania była analiza wskaźników hemodynamicznych u pacjentów z dobrze i źle kontrolowanym nadciśnieniem tętniczym.

Materiał i metody

W badaniu wzięło udział 199 pacjentów (121 mężczyzn i 78 kobiet) w wieku $59,8 \pm 13,3$ lat leczonych z powodu NT w gabinecie lekarza rodzinnego. Pacjentów podzielono na 2 grupy: 104 osoby z dobrze kontrolowanym NT

(< 140/90 mm Hg) i 95 pacjentów z ciśnieniem tętniczym źle kontrolowanym ($\geq 140/90$ mm Hg). Średni czas leczenia wyniósł $10 \pm 8,8$ lat, indeks BMI – $29,6 \pm 5,1$. W charakterystyce klinicznej badanych grup nie było różnic istotnych statystycznie. Badanie hemodynamiczne wykonano kardiografem impedancyjnym – przez 10 minut w pozycji leżącej, z interwałowym pomiarem ciśnienia tętniczego co 2 minuty. Wyniki z ostatnich 2 pomiarów po uśrednieniu poddano analizie. Do pomiarów wykorzystano aparat Niccomo by Medis. Kryteria wyłączenia z badania stanowiły: ostry zespół wieńcowy w okresie 2 miesięcy od badania, zaostrzenie niewydolności krążenia, wtórne nadciśnienie tętnicze, dializa, istotne zwężenie zastawki aorty, zwężenie tętnic nerkowych, ciąża. Podczas badania rejestrowano ciśnienie tętnicze (RR), częstość akcji serca (HR), wskaźnik rzutu minutowego serca (CI), wskaźnik obwodowego oporu naczyniowego (SVRI), zawartość płynu w klatce piersiowej (TFC).

Wyniki

Średnia wartość ciśnienia tętniczego w grupie nadciśnienia dobrze kontrolowanego skurczowego i rozkurczowego wynosiła $125,1 \pm 10,1$ i $77,7 \pm 8,0$ mm Hg, w grupie z ciśnieniem źle kontrolowanym – $152,7 \pm 18,2$ mm Hg i $89,2 \pm 12,2$ mm Hg. W grupie badanych stwierdzo-

no schorzenia towarzyszące, jak: hiperlipidemię (68,5%), chorobę niedokrwienną serca (25,3%), niewydolność serca (23,7%), cukrzycę (22,2%), chromanie przestankowe (10,1%), choroby naczyń mózgowych (3,1%) oraz przerost lewej komory w badaniu echokardiograficznym dostępnym u 60% badanych – w 23,7% populacji. Grupy nie różniły się istotnie statystycznie w zakresie częstości występowania chorób towarzyszących.

Dyskusja

Kardiografia impedancyjna umożliwia nieinwazyjny pomiar parametrów hemodynamicznych. Jest metodą o krótkiej krzywej uczenia się, łatwą do zastosowania w praktyce ambulatoryjnej przez personel pomocniczy. Przydatność metody w leczeniu celowanym nadciśnienia tętniczego została udowodniona. Jest polecana jako metoda wspomagania decyzji terapeutycznych w leczeniu opornego nadciśnienia tętniczego w USA [6].

W niniejszym badaniu grupa pacjentów była jednorodna, różnice w częstości występowania chorób sercowo-naczyniowych nie miały wpływu na wykonane pomiary parametrów hemodynamicznych. W przeprowadzonym przez nas badaniu dokonano analizy parametrów hemodynamicznych u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym leczonym w praktyce lekarza rodzinnego. W populacji 199 badanych stwierdzono, że prawie 48% chorych nie osiągnęło celu terapeutycznego ciśnienia tętniczego. Zwraca uwagę wysoki odsetek chorych z podwyższoną zawartością płynu w klatce piersiowej w obu grupach (48,1% vs. 53,7%). Może to uzasadniać zalecenie stosowania leków moczopędnych w tych podgrupach. W rekomendacjach amerykańskich takie postępowanie jest zalecane dla grupy Afroamerykanów [7]. Być może w naszej grupie badanych były one stosowane zbyt rzadko. Znacząca różnica w częstości występowania wysokiej wartości systemowego oporu naczyniowego między grupami może sugerować, że jest to kluczowy wskaźnik dla prawidłowej kontroli chorych z nadciśnieniem tętniczym. Niewielki odsetek pacjentów z podwyższonym wskaźnikiem rzutu minutowego nie pozwala na wyciągnięcie statystycznych wniosków.

Wnioski

Wskaźniki hemodynamiczne istotnie różnicują chorych z dobrze i źle kontrolowanym ciśnieniem tętniczym.

Tabela 1. Porównanie występowania podwyższonych wskaźników hemodynamicznych w grupie źle i dobrze kontrolowanego nadciśnienia tętniczego			
	Nadciśnienie tętnicze dobrze kontrolowane RR < 140/90	Nadciśnienie tętnicze źle kontrolowane RR \geq 140/90	p
Liczba badanych	104	95	
HR \geq 80 [1/min]	11,5%	16,8%	< 0,01
CI \geq 4,2 [L/min/m ²]	2,9%	6,3%	X
TFC (M \geq 34, K \geq 24) [1/kOhm]	48,1%	53,7%	< 0,01
SVRI \geq 2580 [Dyne x s x cm ⁻⁵ x m ²]	28,8%	41,1%	< 0,01

Objaśnienia skrótów w tekście.

Piśmiennictwo

- Siebert J, Trzeciak BG, Jaśkiewicz M. Zastosowanie internetu do oceny ryzyka zgonu z powodu chorób sercowo-naczyniowych w populacji Polski. *Forum Med Rodz* 2011; 5(3): 187–200.
- Tykowski A, Posadzy-Mańczyńska A, Wyrzykowski B, et al. Rozpowszechnienie nadciśnienia tętniczego oraz skuteczność jego leczenia u dorosłych mieszkańców naszego kraju. Wyniki programu WOBASZ. *Kardiol Pol* 2005; 63(Supl. 4): S614–S619.
- Trzeciak B, Gutknecht P, Molisz A, et al. Porównanie czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych w województwach północnej i południowej części Polski. *Fam Med Prim Care Rev* 2013; 15(2): 198–199.
- Mancia G, Laurent S, Agabiti-Rosei E, et al. Reappraisal of European guidelines on hypertension management: a European Society of Hypertension Task Force document. *J Hypertens* 2009; 27: 2121–2158.
- Aoka Y, Hagiwara N, Kasanuki H. Heterogeneity of hemodynamic parameters in untreated primary hypertension, and individualisation of antihypertensive therapy based on noninvasive hemodynamic measurements. *Clin Exp Hypertens* 2012; 34(7): 470–473. Doi: 10.3109/10641963.2012.666600. Epub 2012 Jun 8.
- Ferrario C, Flack J, Strobeck J, et al. Individualizing hypertension treatment with impedance cardiography: a meta-analysis of published trials *Ther Adv Cardiovasc Dis* 2010; 4: 5–16.
- James P, Oparil S, Carter B, et al. 2014 Evidence-Based guideline for the management of high blood pressure in adults. *JAMA* 2013. Doi:10.1001/jama.2013.284427. Published online December 18, 2013.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Bartosz Trzeciak
Katedra Medycyny Rodzinnej GUM
ul. Dębinki 2, 80-211 Gdańsk
Tel.: 58 349-15-75, 502 381-567, e-mail: bartolomi@gumed.edu.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 17.02.2014 r.
Po recenzji: 10.04.2014 r.
Zaakceptowano do druku: 11.04.2014 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Analiza rozpowszechnienia spożywania kofeiny wśród młodzieży akademickiej

Analysis of prevalence of caffeine consumption among students

KATARZYNA WÓJTOWICZ-CHOMICZ^{1, A-F}, ELŻBIETA HUK-WIELICZUK^{1, D}, ANNA CZECZUK^{1, F},
AGNIESZKA BORZĘCKA^{2, E}, PAWEŁ BORZĘCKI^{2, E}, IRENA DOROTA KARWAT^{2, G}

¹ Zakład Edukacji Zdrowotnej Wydziału Wychowania Fizycznego i Sportu w Białej Podlaskiej Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie

² Katedra i Zakład Epidemiologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie Wstęp. Kofeina znajduje się w takich produktach, jak: kawa, herbata, napoje typu coca cola, czekolada, suplementy diety, napoje energetyczne, jest także składnikiem wielu leków wydawanych bez recepty.

Cel pracy. Analiza rozpowszechnienia spożywania produktów oraz ilości kofeiny wśród studentów wychowania fizycznego.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono w 2012 r. za pomocą autorskiego kwestionariusza wśród 208 studentów.

Wyniki. Porównując badaną grupę, wykazano, że kobiety częściej niż mężczyźni spożywały kawę, mężczyźni natomiast częściej spożywali czekoladę. Studenci prezentują niskie i umiarkowane spożycie kawy. Wyliczona ilość spożywanej kofeiny zawartej w spożywanych produktach przez jednego studenta wynosiła od 184,4 mg do 282,2 mg/dobę.

Wnioski. Wszystkie napoje zawierające kofeinę były spożywane w godzinach popołudniowych oraz wieczornych podczas intensywnego wysiłku umysłowego. Istnieje potrzeba edukacji żywieniowej studentów w celu uświadomienia zagrożeń wynikających ze stosowania łącznie wielu produktów zawierających kofeinę.

Słowa kluczowe: studenci, kofeina, kawa, herbata.

Summary Background. Caffeine is present in the following products: coffee, tea, beverages such as coca-cola, chocolate, dietary supplements and well as in many of OTC medicines.

Objectives. Analysis of the prevalence of caffeine consumption among students.

Material and methods. The study was conducted in 2012 among 208 students by questionnaire.

Results. Comparing the analyzed group, it was noticed that women more often than men drink coffee, whereas men more often than women eat chocolate. Students present moderate and low intake of caffeine. Calculated amount of caffeine consumption included in food intake per student accounts for 184.4 mg up to 282.2 mg/24 hours.

Conclusions. All drinks containing caffeine were drunk by students in the afternoon or evening hours during intensive mental effort. There is a need for nutrition education in order to realize the risks arising from the consumption of several products containing caffeine.

Key words: students, caffeine, coffee, tea.

Wstęp

W codziennym życiu każdy student spotyka się z różnymi uzależniającymi substancjami, np. nikotyną, alkoholem, kofeiną itp. [1]. Kofeina jest substancją pochodzenia roślinnego i znajduje się w takich produktach, jak: kawa, herbata, napoje typu coca cola, czekolada, suplementy diety, napoje energetyczne. Kofeina jest także składnikiem wielu leków wydawanych bez recepty, np. leków przeciwbólowych czy leków stosowanych podczas przeziębienia. W dostępnym piśmiennictwie naukowym jest wiele prac opisujących nadmierne spożycie kofeiny. Wśród negatywnych skutków jej spożycia można wymienić: nadmierną pobudliwość, bóle głowy, problemy gastryczne, bezsenność oraz arytmie [2]. Kofeina jest substancją, która dość szybko wchłania się po spożyciu, aktywna farmakologicznie jest już po 6–8 minutach, a jej stężenie osiąga maksimum po 40 minutach [3]. Należy jednak pamiętać o tym, że na proces wchłaniania ma wpływ obecność pokarmów w żołądku, jak również indywidualne predyspozycje każdego organizmu oraz przyjmowanie niektórych leków [4]. Dzięki powszechnej dostępności na rynku i różnorodności produktów zawierających kofeinę może dojść do jej nadmiernego spożycia. Szczególnie niebezpiecznym okresem dla studentów jest

czas intensywnego wysiłku fizycznego i umysłowego, dlatego zasadna wydaje się ocena spożycia kofeiny w grupie młodzieży studiującej.

Cel pracy

Analiza rozpowszechnienia spożywania produktów oraz ilości kofeiny wśród studentów wychowania fizycznego.

Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w 2012 r. za pomocą autorskiego kwestionariusza wśród 208 studentów (55 kobiet i 153 mężczyzn) I roku Wychowania Fizycznego AWF w Białej Podlaskiej. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy, a dobór respondentów losowy. Do wykazania istotności statystycznych użyto testu χ^2 . Obliczenia wykonano przy użyciu pakietu statystycznego STATISTICA 8.0. Przyjęto 5% ryzyko błędu.

Wyniki

Porównując badaną grupę pod względem płci, wykazano, że kobiety częściej niż mężczyźni spożywały kawę

($p < 0,05$), mężczyźni natomiast częściej spożywali czekoladę ($p < 0,05$). Z analizy spożycia kawy w ciągu dnia wynika, że kobiety piją najczęściej kawę 3–4 razy dziennie, a mężczyźni 1–2 razy dziennie ($p < 0,05$). Studenci częściej wybierają kawę parzoną, a studentki rozpuszczalną ($p < 0,05$) (tab. 1). Pozostałe badane produkty były spożywane przez 50% studentów, tj. napoje typu cola 47,2% kobiet i 49,6% mężczyzn oraz napoje energetyzujące przez 50,9% studentek oraz 50,3% studentów (tab. 2). Wśród an-

kietowanej grupy znalazły się osoby stosujące więcej niż jeden produkt zawierający kofeinę – było to 58,8% mężczyzn i 58,2% kobiet. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni równie często spożywają herbatę czarną. W obu grupach napoje zawierające kofeinę były wypijane popołudniami i wieczorem podczas nauki. Wyliczona ilość spożywanej kofeiny zawartej w spożywanych produktach przez jednego studenta wynosiła od 184,4 mg do 282,2 mg/dobę

Tabela 1. Spożycie kawy wśród studentów

Płeć	1–2 razy	3–4 razy	5–6 razy	Kawa parzona	Kawa rozpuszczalna
Kobiety ($n = 51$)	13,7%	82,3%	3,9%	29,5%	70,5%
Mężczyźni ($n = 107$)	74,7%	19,6%	5,7%	65,4%	34,6%
Porównanie	$p < 0,05$	$p < 0,05$	NS	$p < 0,05$	$p < 0,05$

Tabela 2. Spożycie produktów zawierających kofeinę

Płeć	Herbata czarna	Kawa	Kakao/czekolada	Napoje energetyczne	Napoje typu cola	Kilka produktów łącznie
Kobiety ($n = 55$)	36,3%	92,7%	41,8%	50,9%	47,2%	58,2%
Mężczyźni ($n = 153$)	32,7%	69,9%	90,2%	50,3%	49,6%	58,8%
Porównanie	NS	$p < 0,05$	$p < 0,05$	NS	NS	NS

Dyskusja

Napoje zawierające kofeinę są często spożywane przez młodzież akademicką ze względu na działanie pobudzające oraz walory smakowe. Zawartość kofeiny w filiżance (ok. 150 ml) mocnego naparu kawy mielonej wynosi 74 mg, a taka sama ilość kawy rozpuszczalnej powoduje wprowadzenie do organizmu 117 mg kofeiny. Zawartość kofeiny w herbacie to około 14–65 mg. Napoje typu cola w 100 ml zawierają 10 mg kofeiny [5]. Porcja czekolady do picia czy kakao to około 4–5 mg kofeiny [6]. Dostępne badania naukowe wskazują, że umiarkowane spożycie kofeiny 100–300 mg/dobę ma korzystny wpływ na sprawność myślenia, koncentrację oraz wydolność fizyczną [7]. Badana grupa studentów spożywała < 300 mg/dobę. Z badań przeprowadzonych w Lublinie wynika, że studenci lubelskich wyższych uczelni często spożywają napoje zawierające kofeinę i łączą napoje energetyzujące z alkoholem, co prowadzi do wystąpienia wymiotów, złudnego uczucia trzeźwości, wzmożonego działania alkoholu oraz pobudzenia psychoruchowego [8]. Wśród ankietowanej grupy nie stwierdzono łączenia alkoholu z napojami energetyzującymi pomimo ich częstego spożywania, zaobserwowano natomiast łączenie różnych produktów zawierających kofeinę równocześnie. Według Instytutu Żywności i Żywienia, niskie spożycie kawy to 1–2 filiżanki na dobę, 3–4 filiżanki to umiarkowane, natomiast 5 i więcej filiżanek to wysokie spożycie kawy [9]. Wśród badanej grupy studiującej młodzieży wykazano niskie i umiarkowane spożycie kawy, co uznaje się za bezpieczne dla zdrowia. Porównując przeprowadzone badania

do badań Dudy i wsp., zbliżony odsetek studentów spożywał kawę (58–81%) [10]. Wyniki wielu badań wykazały, że osoby stosujące kofeinę wykazują większą sprawność umysłową. Zostało to potwierdzone w badaniach, podczas których wykonywane były różnego rodzaju testy oraz zadania polegające na zapamiętywaniu [11]. Nic więc dziwnego, że studenci często stosują używki zawierające kofeinę podczas nauki. Noc jest naturalną porą snu, zatem kiedy człowiek zmuszony jest nocą do nauki, musi liczyć się z problemem osłabionej sprawności umysłowej. Wśród studentów jednym z powszechnych sposobów radzenia sobie z tym problemem, a także z towarzyszącą sennością, jest stosowanie środków pobudzających, z których najszerzej stosowanym jest kofeina. Z wielu badań naukowych wynika, że kofeina wywiera zarówno korzystny, jak i niekorzystny wpływ na organizm człowieka, zależy to od spożytej dawki, wrażliwości organizmu oraz stanu zdrowia danej osoby [12, 13].

Wnioski

1. Kawa oraz napoje energetyzujące stosowane przez studentów to główne źródło kofeiny.
2. Wszystkie napoje zawierające kofeinę były spożywane w godzinach popołudniowych oraz wieczornych podczas intensywnego wysiłku umysłowego.
3. Istnieje potrzeba edukacji żywieniowej studentów w celu uświadomienia zagrożeń wynikających ze stosowania równocześnie wielu produktów zawierających kofeinę.

Piśmiennictwo

1. Sochocka L, Kurpas D. Profilaktyka uzależnień wśród dzieci i młodzieży – opinie studentów I roku Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu. *Fam Med Prim Care Rev* 2010; 12(1): 39–45.
2. Temple JL. Caffeine use children: what we know what have left to learn and why we should worry. *Neurosc Behav Rev* 2009; 33: 793–806.
3. Dworzański W, Opielak G, Burdan F. Niepożądane działania kofeiny. *Pol Merk Lek* 2009; 27: 357–361.
4. Babu KM, Church RJ, Lewander W. Energy drinks: the new eye-opener for adolescentem. *Clin Ped Emerg Med* 2008; 9: 35–42.
5. Jarosz M, Wierzejska R, Mojska H, i wsp. Zawartość kofeiny w produktach spożywczych. *Bromat Chem Toksykol* 2009; XLII(8): 776–781.

6. Mandel HG. Update on caffeine consumption, disposition and action. *Food Chem Toxicol* 2002; 40: 1231–1234.
7. Glade MJ. Caffeine – not just a stimulant. *Nutrition* 2010; 26: 932–938.
8. Zagroda M, Skibińska A, Polnik P, i wsp. Rozpowszechnienie spożycia napojów energetyzujących wśród studentów uczelni wyższych w Lublinie – badania ankietowe. *Fam Med Prim Care Rev* 2011; 13(2): 269–272.
9. Makarewicz-Wujec M, Kozłowska-Wojciechowska M. *Żyjmy dłużej. Napoje energetyzujące*. Warszawa: Medpress Publishing; 2000: 6, 42–43.
10. Duda G, Suliborska J. Stosowanie używek i ocena wybranych parametrów stanu zdrowia młodzieży akademickiej. *Now Lek* 2002; 71(4–5): 217–221.
11. Smith AP, Sturgess W, Gallagher J. Effects of a low dose of caffeine given in different drinks on mood and performance. *Hum Psychopharmacol Clin Exp* 1999; 14: 473–480.
12. Binns CW, Lee A, Fraser LM. Tea or coffee? A case of study on evidence for dietary advice. *Public Health Nutr* 2008; 11: 1132–1141.
13. Maughan RJ, Griffin J. Caffeine ingestions and fluid balance: a review. *J Hum Nutr Diet* 2003; 16: 411–420.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Katarzyna Wójtowicz-Chomicz
Zakład Edukacji Zdrowotnej
Wydział Wychowania Fizycznego i Sportu
ul. Akademicka 2
21-500 Biała Podlaska
Tel.: 83 342-87-00
E-mail: wojtowicz.kaska@wp.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 21.01.2014 r.

Po recenzji: 14.04.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 15.04.2014 r.

PRACE ORYGINALNE • ORIGINAL PAPERS

Ocena jakości życia pacjentów z ziarniniakowością z zapaleniem naczyń

Quality of life in granulomatosis with polyangiitis

KATARZYNA ŻYCIŃSKA^{A-D}, DAWID TOMASIK^{B-D}, PAULINA SUROWIEC^{B-D},
MAGDALENA GÓRALSKA^{B-D}, MAGDALENA CABAJ^{B-D}, ANDRZEJ FALKOWSKI^{B-D},
ANETA NITSCH-OSUCH^{B-D}, KAZIMIERZ A. WARDYNA^{A-D}

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej z Oddziałem Klinicznym Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych,
E – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie Wstęp. Ziarniniakowość z zapaleniem naczyń (GPA), dawniej zwana ziarniniakowością Wegenera, jest przewlekłą układową chorobą naczyń na tle immunologicznym, której przebieg cechują okresy zaostrzeń i remisji. Zarówno przebieg choroby, jak i stosowane leczenie wpływają na jakość życia pacjentów.

Cel pracy. Ocena jakości życia oraz poszczególnych jej składników w wybranych obszarach życia u pacjentów z GPA.

Materiał i metody. Odpowiedzi na pytania kwestionariusza *Nottingham Health Profile* (NHP) oraz *Short Fear of Progression Questionnaire* (FoP) zostały udzielone przez 35 pacjentów Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z rozpoznaniem GPA. NHP zawiera pytania dotyczące 6 obszarów życia, takich jak: Osamotnienie, Ból, Nastawienie emocjonalne, Sen, Sprawność fizyczna oraz Poziom energii.

Wyniki. Ponad połowa respondentów często i bardzo często czuje niepokój o zdolność do pracy (63,6%), przed wizytą kontrolną u lekarza (60%) oraz boi się uzależnienia od pomocy innych osób (57,1%). 66% osób skarży się na szybką utratę energii, 60% podaje trudności w dłuższym staniu, a 57% pytanym „zapomniała jak to jest cieszyć się życiem” oraz „ma trudności we wchodzeniu i schodzeniu po schodach”. Obszary życia dotknięte największym niedoborem w ogólnym dobrostanie to Poziom energii, Sprawność fizyczna oraz Sen.

Wnioski. GPA jest chorobą wpływającą negatywnie na jakość życia pacjentów, rodzącą obawy co do dalszego jej przebiegu, a w szczególności możliwości zarobkowania i bycia niezależnym. Badanie jakości życia poszczególnych pacjentów pomaga lepiej zrozumieć indywidualne potrzeby zdrowotne oraz ukierunkować opiekę na obszary najbardziej dotknięte przez chorobę.

Słowa kluczowe: jakość życia, zapalenie naczyń z ziarniniakowością.

Summary Background. Granulomatosis with polyangiitis (GPA), formerly Wegener’s granulomatosis, is a chronic, systemic vascular disease of immunological background that tends to have remissions and recurrences in its course. Both the disease and the treatment affect patient’s quality of life.

Objectives. To assess quality of life and its elements represented in different areas of life in patients with GPA.

Material and methods. Answers given by 35 GPA patients of one Clinic in anonymous questionnaire consisting of *Nottingham Health Profile* (NHP) and *Short Fear of Progression Questionnaire* (FoP) in authors’ modification and translation. NHP comprises 38 questions in 6 subareas analyzed separately.

Results. More than a half of the patients often or very often: have concerns about not being able to work due to their illness (63.6%), feel nervous prior to periodic examination (60%), are disturbed by possibility of relying on strangers in daily activities (57.1%). 66% of patients run out of energy in short time, 60% find it hard to stand for long, 57% of patients forgot what it’s like to enjoy themselves and same percent have trouble getting up and down stairs and steps. NHP subareas of greatest decrease in good health are: Energy Level, Physical Activity and Sleep.

Conclusions. GPA affects quality of patients’ life in a negative way, mainly in regard to raising concerns about future dependency on financial and everyday support. Quality of life questionnaires help to better understand individual needs of patients and may contribute to problem-targeted, personalized care.

Key words: quality of life, GPA.

Wstęp

Ziarniniakowość z zapaleniem naczyń (ang. *granulomatosis with polyangiitis* – GPA), dawniej ziarniniakowość Wegenera [1], jest układową chorobą małych naczyń krwionośnych o charakterze zapalenia autoimmunologicznego z tworzeniem się ziarniniaków, której przewlekły przebieg składa się z okresów remisji i zaostrzeń. Zajęcie górnych i dolnych dróg oddechowych, kłębuszkowe zapalenie nerek oraz obecność w surowicy przeciwciał c-ANCA są charakterystyczne dla tej jednostki nozologicznej [2]. Epidemiologia GPA nie jest dokładnie znana, badania brytyjskie poda-

ją zachorowalność roczną na 9,7 przypadków na 1 milion osób, a chorobowość – na 62,9 przypadki na 1 milion osób [3]. Choroba początkowo może przebiegać niespecyficzenie i z powodu swojej rzadkości do momentu rozpoznania i wdrożenia odpowiedniego leczenia poczynić trwałe szkody na zdrowiu pacjentów. Ale nawet odpowiednio wczesne wykrycie GPA nie gwarantuje łagodnego przebiegu i braku wystąpienia powikłań. Leczenie stosowane w GPA jest obciążone wieloma działaniami niepożądanymi i ryzykiem nieskuteczności. Przewlekły, nieuleczalny charakter schorzenia, poważne powikłania stosowanych leków wpływają na jakość życia pacjentów z GPA.

Cel pracy

Ocena jakości życia oraz poszczególnych jej składników w wybranych obszarach życia u pacjentów z GPA.

Materiał i metody

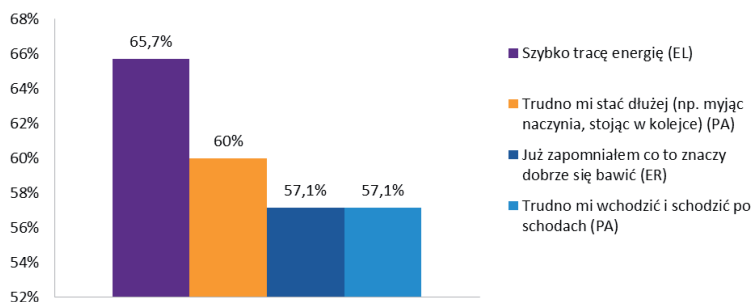
Anonimowy kwestionariusz oceniający jakość życia i najczęstsze obawy stworzony na podstawie *Nottingham Health Profile* (NHP) oraz *Short Fear of Progression Questionnaire* (FoP) został zmodyfikowany i przetłumaczony przez autorów. Z NHP wykorzystano 38 pytań ważnych, podzielonych na 6 obszarów życia: Osamotnienie (*Social Isolation – SI*), Ból (*Pain – P*), Nastawienie emocjonalne (*Emotional Reaction – ER*), Sen (*Sleep – S*), Sprawność fizyczna (*Physical Activity – PA*) oraz Poziom energii (*Energy Level – EL*). Suma wag pytań poszczególnych obszarów wynosi 100. Ocenę wpływu na dobrostan uzyskuje się odej-

mując od 100% (pełny dobrostan) wagę pytań, na które odpowiedziano „tak”. W FoP pytano o to, jak często pacjent mógłby się zgodzić z podanymi zdaniami. FoP wykorzystano w całości wyłączając pytanie o odczuwany ból.

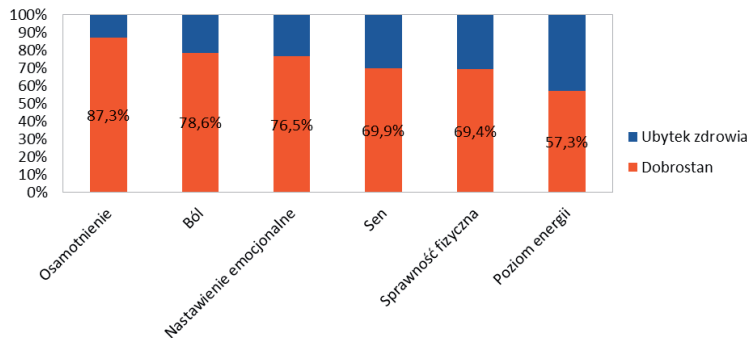
Wyniki

Najczęściej stwierdzanymi dolegliwościami w NHP są: szybka utrata energii (65,7%), trudności w dłuższym staniu, np. myjąc naczynia, stojąc w kolejce (60%). 57,1% pytaných „zapomniało jak to jest cieszyć się życiem”, tyle samo ma trudności we wchodzeniu i schodzeniu po schodach (ryc. 1)

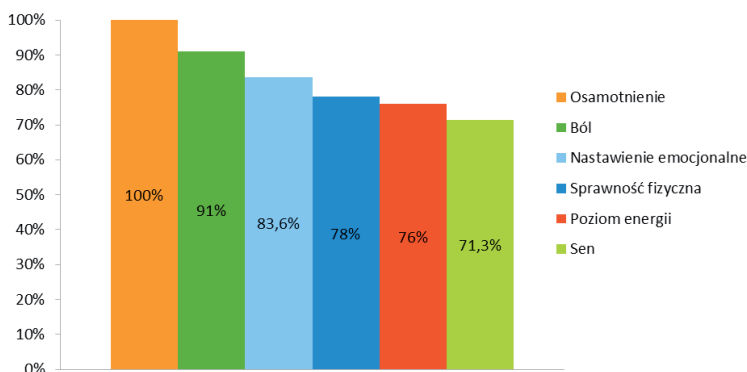
Nikt spośród badanych nie zgodził się ze zdaniami: „nie ma sensu żyć” i „trudno mi jest żyć z ludźmi”. Spośród 6 wyszczególnionych obszarów życia średnio największym ubytkiem w dobrostanie zdrowotnym dotknięte są Poziom energii, Sprawność fizyczna oraz Sen, które cechuje odpowiednio: 57,3, 69,4 i 69,9% pełnego zdrowia (100%) (ryc. 2).



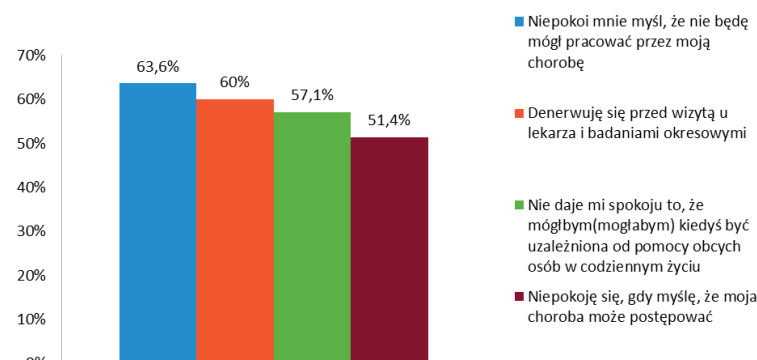
Rycina 1. Najczęstsze dolegliwości w NHP



Rycina 2. Średni poziom dobrostanu wraz z ubytkiem zdrowia w poszczególnych obszarach życia



Rycina 3. Mediana dobrostanu w poszczególnych obszarach życia



Rycina 4. Najczęstsze obawy w FoP

Mediana dobrostanu zdrowotnego najniższa jest w obszarze Snu (71%), a w obszarze Osamotnienia wynosi 100% (ryc. 3).

W FoP ponad połowa respondentów często i bardzo często czuje niepokój o zdolność do pracy (63,6%), przed wizytą kontrolną u lekarza (60%) oraz boi się uzależnienia od pomocy innych osób (57,1%) (ryc. 4)

Dyskusja

Pomiar jakości życia pacjentów z pierwotnymi zapaleniami naczyń, w tym z GPA, jest ważnym i wykorzystywanym narzędziem w ocenie skuteczności leczenia oraz wpływu choroby na życie pacjentów w różnych jego obszarach. Może służyć jako metoda oceny zaawansowania choroby lub powrotu do zdrowia w okresie remisji [4]. Ocena jakości życia za pomocą ankiet uzupełnianych przez pacjentów

ma charakter subiektywny, ale informacje przez nie dostarczone mogą pomóc zindywidualizować opiekę medyczną, dokonać jej optymalizacji oraz zwiększyć udział samych pacjentów w procesie leczenia. [5].

Wnioski

1. GPA jest chorobą, która negatywnie wpływa na jakość życia pacjentów.
2. Obawy pacjentów z GPA związane są z dalszym jej przebiegiem i potencjalnymi negatywnymi skutkami, które może wyrzucić na życie pacjentów, w tym bycie zależnym od pomocy innych.
3. Badnie jakości życia poszczególnych pacjentów pomaga lepiej zrozumieć indywidualne potrzeby zdrowotne oraz ukierunkować opiekę na obszary najbardziej dotknięte przez chorobę.

Piśmiennictwo

1. Malyak M. *Wegener's granulomatosis and other ANCA-associated diseases*. W: West S. *Rheumatology secrets*. 2nd ed. Philadelphia: Hanley & Belfus; 2002.
2. Kucharz EJ, Majdan M, Kotulska A. Ziarniniakowość z zapaleniem naczyń – nowa nazwa ziarniniakowości Wegenera i potrzeba jej upowszechnienia. *Reumatologia* 2012; 50(6): 541–542.
3. Watts RA, Lane SE, Bentham G, et al. Epidemiology of systemic vasculitis: a ten-year study in the United Kingdom. *Arthritis Rheum* 2000; 42(2): 414–419.
4. Tomasson G, Boers M, Walsh M, et al. Assessment of Health Related Quality of Life as an Outcome Measure in Granulomatosis with Polyangiitis (Wegener's). *Arthritis Care Res* 2012; 64(2): 273–279.
5. Życińska K, Wardyn K. Ocena prezentacji klinicznej i aktywności procesu chorobowego w ziarniniakowości Wegenera. *Fam Med Prim Care Rev* 2007; 9(3): 655–660.

Adres do korespondencji:

Prof. dr hab. med. Katarzyna Życińska
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
z Oddziałem Klinicznym Chorób Wewnętrznych
i Metabolicznych WUM
ul. Banacha 1a, blok F
02-097 Warszawa
Tel.: 22 599-21-90
E-mail: kzycinska@poczta.fm

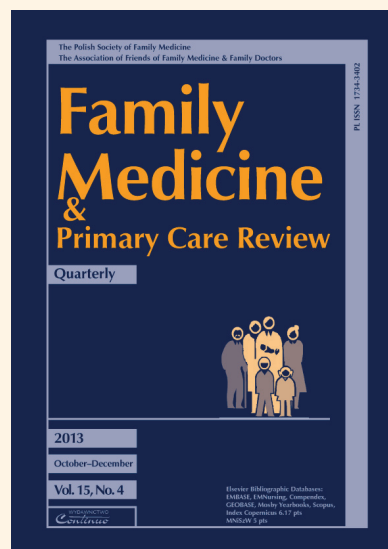
Praca wpłynęła do Redakcji: 14.02.2014 r.

Po recenzji: 4.04.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 4.04.2014 r.

**Zapraszamy do prenumeraty
kwartalnika**

Family Medicine & Primary Care Review



Członkowie PTMR otrzymują prenumeratę w ramach składki rocznej, która wynosi 80 zł
Nr konta Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej:
25 1440 1156 0000 0000 1108 3463

Klienci indywidualni, instytucje, firmy mogą zamówić prenumeratę u Wydawcy:

- dokonując przedpłaty: kwotę 64 zł należy przesłać przekazem pocztowym lub przelewem bankowym z adnotacją „prenumerata FM&PCR 2014” na rachunek:
Wydawnictwo Continuo
PKO BP SA 2 O/Wrocław 23 1020 5242 0000 2002 0025 0019
71 791-20-30
zamowienia@continuo.pl
- telefonicznie: www.continuo.pl
- e-mailem: www.continuo.pl
- na stronie internetowej: Wydawnictwo „Continuo”
ul. Lelewela 4, pok. 325
53-505 Wrocław
- pocztą:

Prenumerata będzie realizowana od momentu jej opłacenia.
W cenę prenumeraty wliczone są koszty przesyłki.

Klienci zagraniczni mogą zamówić prenumeratę w CHZ ARS POLONA S.A.
ul. Obrońców 25,
03-933 Warszawa
tel. +48 22 509-86-61, 509-86-63, fax: +48 22 509-86-40
e-mail: arspolona@arspolona.com.pl

Wszelkie informacje i zapytania prosimy kierować na adres biura Wydawnictwa:

WYDAWNICTWO
Continuo
ul. Lelewela 4, pok. 325
53-505 Wrocław
tel.: 71 791-20-30
e-mail: biuro@continuo.pl

Za prenumeratę przysługuje 5 punktów edukacyjnych

PRACE POGLĄDOWE • REVIEWS

CCM (*Chronic Care Model*) w ramach podstawowej opieki zdrowotnejCCM (*Chronic Care Model*) within the framework of primary health careDONATA KURPAS^{1,2, A-F}, BOŻENA MROCZEK^{3, A, C, D, E}¹ Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu² Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu³ Zakład Nauk Humanistycznych w Medycynie Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

A – przygotowanie projektu badania, B – zbieranie danych, C – analiza statystyczna, D – interpretacja danych, E – przygotowanie maszynopisu, F – opracowanie piśmiennictwa, G – pozyskanie funduszy

Streszczenie Proponuje się, aby systemy opieki zdrowotnej modelować na strukturze wspierającej „zarządzanie chorobami przewlekłymi” – zależnie od lokalnych możliwości oraz potrzeb i oczekiwań pacjentów. Od wielu lat wskazuje się na potrzebę określenia systemu opieki w ramach środowiska domowego pacjentów, ukierunkowanej na indywidualne potrzeby zdrowotne chorych. Wykazano, że opieka domowa cechuje się wysoką efektywnością kliniczną z obniżeniem ryzyka hospitalizacji i podwyższeniem ocen satysfakcji. Zakłada się, że najefektywniejszym poziomem dla opracowania i sprawnego funkcjonowania systemu opieki nad chorymi przewlekle jest podstawowa opieka zdrowotna realizowana przez wielodyscyplinarny zespół profesjonalistów, kierowana przede wszystkim do pacjentów chorych przewlekle i uwzględniająca ich potrzeby biopsychospołeczne. Coraz szersze zainteresowanie wiąże się także z próbą kształtowania opieki zdrowotnej w stronę spełniania oczekiwań chorych przewlekle z równoczesną ewolucją systemu reaktywnego (reagującego, gdy zgłasza się osoba już chora) w proaktywny (dążący do utrzymania wysokiego poziomu jakości życia). Powyższe elementy ma realizować Model Opieki nad Chorymi Przewlekle (*Chronic Care Model* – CCM) w ramach podstawowej opieki zdrowotnej zakładający: partnerstwo między współdecydującymi pacjentami i profesjonalistami opieki zdrowotnej, współpracę w ramach opieki oraz edukację uzupełnioną wsparciem dla pacjentów w osiąganiu najwyższej możliwej jakości życia.

Słowa kluczowe: choroby przewlekłe, podstawowa opieka zdrowotna, choroby niezakaźne

Summary It is suggested that health systems should be modeled on the structure supporting the “management of chronic diseases” – depending of course on local capabilities, the needs and expectations of patients. For many years, there has been a need to define the system of care within the home environment of patients, focused on the individual health needs of patients. It has been shown that home care has a high clinical efficacy with lower risk of hospitalization and increased satisfaction ratings. It is assumed that the most effective level for the development and smooth functioning of the system of care for the chronically ill is the primary health care administered by a multidisciplinary team of professionals, led primarily for chronically ill patients and their bio-psycho-social needs. More and more interest has also been associated with an attempt to shape health care in meeting the expectations of chronically ill patients and simultaneous evolution of reactive system (responsive when a person is already sick) to proactive (seeking to maintain a high level of quality of life). These elements should be realized by Chronic Care Model (CCM) in the primary care setting assuming: a partnership between cooperating patients and health care professionals, cooperation within care and education complemented by support for patients in achieving the highest possible quality of life.

Key words: chronically ill, primary health care, noncommunicable diseases.

Wstęp

Choroby przewlekłe (choroby przewlekłe niezakaźne, *non communicable diseases* – NCDs) zgodnie z definicją są nieuleczalne, zwykle wiążą się z częściową niepełnosprawnością pacjenta, często w ich przebiegu występują nieodwracalne zmiany patologiczne, chorzy wymagają edukacji, rehabilitacji oraz rozbudowanej sieci wsparcia społecznego, stąd zakłada się, że system opieki zdrowotnej nad tą grupą pacjentów powinien opierać się na modelu biopsychospołecznym [1–3].

Analiza organizacji i zarządzania systemem opieki nad chorymi przewlekle wiąże się nierozłącznie z zagadnieniem opieki nad pacjentami w wieku podeszłym. Dominują tu choroby z co najmniej 2 rozpoznaniami choroby przewlekłej [4, 5]. *Europejski raport zdrowia 2012* wprowadziła stałą tendencję spadkową umieralności ogólnej, jednak choroby przewlekłe niezakaźne mają najwyższy udział w przyczynach zgonów (80%) [6].

W podstawowej opiece zdrowotnej 80% konsultacji wynika z występowania u pacjentów chorób przewlekłych. Z leczeniem chorób przewlekłych lub ich powikłań wiąże się 60% hospitalizacji, a blisko 70% pacjentów wymaga konsultacji w trybie ostrodyżurowym, co jest konsekwencją zaostżenia choroby przewlekłej [7, 8].

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego z 2009 r., w Polsce występowanie chorób i przewlekłych dolegliwości stwierdza się u 51% populacji ogólnej (46% w 2004 r.), w tym u 82% osób, które ukończyły 50. rok życia [9]. Warto podkreślić, że wskazuje się na wzrost o 1% rocznie populacji chorych przewlekle do 2030 r. [10–13]. Już do roku 2020 choroby przewlekłe mają być przyczyną około 75% zgonów na całym świecie [14]. Będą również stanowić główną przyczynę niepełnosprawności i bezpośrednich, ale przede wszystkim pośrednich kosztów medycznych [15].

Choroby przewlekłe jako cel działań od niedawna pojawiły się w światowych programach opieki zdrowotnej. Profilaktyka chorób przewlekłych mogłaby w ciągu dziesięciole-

cia zapobiec 36 milionom zgonów, co jednak jest możliwe tylko przez wzmocnienie całego systemu opieki zdrowotnej [16]. Staje się oczywiste, że konsekwencją medycyny zorientowanej na terapię nie jest zmniejszenie częstości występowania zaburzeń, ale eskalacja problemu opieki nad wzrastającym odsetkiem chorych przewlekle [12]. Coraz istotniejszy staje się problem współwystępowania chorób przewlekłych i brak przygotowania na to systemów opieki zdrowotnej [17]. Najczęściej programy zdrowotne dotyczące poprawy opieki nad pacjentami z chorobami przewlekłymi dotyczą pojedynczego zaburzenia, rzadko w badaniach porusza się fakt, że u co najmniej 50% pacjentów mamy do czynienia z wielochorobowością [18]. Wystąpienie jednej choroby przewlekłej zwiększa ryzyko kolejnych. U pacjentów z wielochorobowością wykazano wyższe ryzyko nagłego pogorszenia stanu zdrowia i niepełnosprawności, a poziom hospitalizacji wśród pacjentów chorych przewlekle został uznany za wskaźnik efektywnej opieki podstawowej nad pacjentami z wielochorobowością [4, 19]. Ta populacja pacjentów staje się najbardziej znaczącą składową systemu opieki zdrowotnej w przyszłości, w którym znaczenia nabiera przestrzeganie procedur długoterminowej terapii i okresowej diagnostyki, a przede wszystkim ukierunkowania na promocję zdrowia, profilaktykę powikłań aktualnych chorób przewlekłych i współwystępowania kolejnych, jak również opieka nad sferą socjalną i psychiczną pacjentów [16, 20–22].

Choroby przewlekłe a opieka podstawowa

Światowy Raport Zdrowia z 2008 r. zwraca uwagę na rolę opieki podstawowej, zwłaszcza w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób [16]. Podstawowa opieka zdrowotna postrzegana jest w raporcie jako fundament efektywnej opieki zdrowotnej [16, 23, 24]. Rezolucja WHA62.12 (zaakceptowana w maju 2009 r. podczas 62. Światowego Zgromadzenia) zawiera apel do członków WHO o wzmocnienie opieki zdrowotnej przez podkreślanie pryncypiów podstawowej opieki zdrowotnej. Widoczna w krajach wysoko rozwiniętych gospodarczo nadmierna specjalizacja opieki zdrowotnej oraz dostęp jedynie do wybranych i sponsorowanych programów w krajach rozwijających się daje w efekcie zorientowanie na pojedyncze choroby [16].

Koncepcja podstawowej opieki zdrowotnej, jako fundamentu całego systemu opieki zdrowotnej, niezależnie od systemu, w tym sposobu finansowania, zakłada powszechność (dostęp wszystkich pacjentów do opieki na równych prawach), dostępność (bliskość ośrodków opieki zdrowotnej i bezpłatność świadczeń), ciągłość opieki, uwzględnienie zasad etyki i kompleksowość (współpracę lekarza z pielęgniarkami, pracownikami socjalnym i innymi specjalistami opieki zdrowotnej). Składowe te powinny być zorientowane na pacjenta, wsparte konstruktywną polityką publiczną, w tym efektywnie realizowaną rolą lekarzy rodzinnych jako liderów [22, 25–27].

Liczne opracowania, w tym porównawcze międzynarodowe, dostarczają dowodów potwierdzających korzyści wynikających z dobrze rozwiniętej opieki podstawowej, w konsekwencji poprawy koordynacji i ciągłości opieki, z czym wiąże się wyższa efektywność ponoszonych kosztów [5, 24]. Analizy obejmujące 18 krajów OECD (lata 1985–1995) wykazały, że im większa jest opieka podstawowa w danym kraju, tym niższe stwierdza się wskaźniki umieralności ogólnej, przedwczesnej oraz z powodu astmy, POChP, rozedmy, zapaleń płuc i chorób układu krążenia [23]. W ocenie retrospektywnej okresu 1985–1995 w USA wykazano, że wzrost liczby lekarzy opieki podstawowej o 1/10 000 pacjentów wiązało się ze zmniejszeniem śmiertelności o 14,4 zgony/100 000 pacjentów [5, 24].

Analizy zarówno w krajach rozwijających się, jak i wysoko uprzemysłowionych potwierdzają, że poprawa funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej w konsekwencji wiązała się z poprawą wskaźników klinicznych, w tym zmniejszeniem liczby zgonów z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego, zgonów wśród noworodków [28, 29], ale również z intensyfikacją wczesnego rozpoznawania nowotworów złośliwych jelita grubego [30], raka piersi [31], raka trzonu i szyjki macicy [32] oraz czerniaka [33]. Przy czym podkreśla się, że programy profilaktyki chorób przewlekłych dla przewlekle chorych prowadzone w ramach opieki podstawowej nie powinny skupiać się tylko na wybranych zaburzeniach, ale mieć charakter jak najbardziej kompleksowy i uwzględniający ryzyko wielochorobowości [5].

Wysokie koszty opieki zdrowotnej wynikają z liczby wysokospecjalistycznych procedur w opiece ambulatoryjnej i w trakcie hospitalizacji. Opieka specjalistyczna zwiększa te koszty [23–25, 28, 29], co nie wiąże się z poprawą jakości czy zwiększeniem efektywności klinicznej opieki [28, 29]. Co więcej, to liczba wizyt u lekarza rodzinnego koreluje dodatnio z przeżywalnością pacjentów [34].

Założenia i struktura CCM (*Chronic Care Model*)

WHO od dziesięcioleci wspiera model opieki nad chorymi przewlekle zarówno na poziomie mikro: pacjent i jego rodzina; mezo: organizacja opieki zdrowotnej i lokalna społeczność; makro: ustawodawstwo. Nowoczesna koncepcja zdrowia wskazuje dodatkowo na konieczną równowagę między sferą somatyczną, psychiczną i społeczną [35, 36]. W związku z powyższym proponuje się, aby systemy opieki zdrowotnej budować na strukturze wspierającej „zarządzanie chorobami przewlekłymi”, zależnie od lokalnych możliwości oraz potrzeb zdrowotnych pacjentów. Od wielu lat wskazuje się na rolę systemu opieki w ramach środowiska domowego pacjentów, ukierunkowanego na indywidualne potrzeby biopsychospołeczne chorych [35]. Wykazano, że opieka domowa wiąże się z wysoką efektywnością kliniczną przy obniżaniu ryzyka hospitalizacji i podwyższaniu ocen satysfakcji. Stwierdzono, że jest ona o 44% tańsza od opieki szpitalnej [37].

Podkreśla się więc, że najtrafniejszym poziomem dla opracowania i sprawnego funkcjonowania systemu opieki nad chorymi przewlekle jest podstawowa opieka zdrowotna realizowana przez wielodyscyplinarny zespół profesjonalistów, kierowana przede wszystkim do pacjentów chorych przewlekle i uwzględniająca ich potrzeby biopsychospołeczne [35, 36]. Wiąże się ona wówczas z redukcją dni hospitalizacji i zmniejszeniem szans na hospitalizację, co z kolei bezpośrednio wpływa na zmniejszenie bezpośrednich, a zwłaszcza pośrednich kosztów medycznych [36]. Coraz szersze zainteresowanie wiąże się z próbą kształtowania opieki zdrowotnej w stronę spełniania oczekiwań chorych przewlekle, z równoczesną ewolucją systemu reaktywnego (reagującego, gdy zgłasza się osoba już chora) w proaktywny (dążący do utrzymania wysokiego poziomu jakości życia) [35, 38].

Powyższe elementy ma realizować Model Opieki nad Chorymi Przewlekle (*Chronic Care Model* – CCM) zakładający: partnerstwo między współdecydującymi pacjentami i specjalistami opieki zdrowotnej, współpracę w ramach opieki oraz edukację uzupełnioną wsparciem dla pacjentów na drodze zmierzającej ku najwyższej możliwej jakości życia [35, 38]. Według teorii Wagnera, prawidłowo prowadzona opieka nad chorymi przewlekle powinna obejmować źródła środowiskowe, uwarunkowania praw-

ne, odpowiednią reorganizację systemu opieki zdrowotnej z ukierunkowaniem na opiekę nad chorymi przewlekle przez wsparcie dla „zarządzania chorobą” przez samych pacjentów i pomoc przy podejmowaniu biopsychospołecznych decyzji dotyczących choroby przewlekłej, a także kompleksowy system informacji klinicznej dla pacjentów i członków wielodyscyplinarnego zespołu [35].

CCM zawiera następujące poziomy [5, 38, 39]:

- **organizację opieki zdrowotnej** (zogniskowana na opiekę nad chorymi przewlekle, z obniżeniem kosztów i poziomu współpłacenia przez pacjenta, jakość opieki nad chorymi przewlekle powinna być wynagradzana finansowo przez świadczeniodawców i ubezpieczycieli);
- **projekt systemu dostarczania usług** (planowanie wizyt kontrolnych, oddzielenie pionu opieki skierowanej na rozwiązywanie nagłych potrzeb zdrowotnych od pionu zajmującego się pacjentami chorymi przewlekle, określenie celów krótko- i długoterminowych wraz z ich stałą ewaluacją, „zarządzanie chorobą” pacjentów powinno być wspierane przez profesjonalistów innych niż lekarze);
- **wsparcie dla decyzji** (wytyczne opieki wynikające z *Evidence Based Medicine* (EBM), zwiększanie dostępności do opieki specjalistycznej w wybranych sytuacjach klinicznych, ciągła edukacja pracowników opieki podstawowej w zakresie efektywnych klinicznie wytycznych opieki nad chorymi przewlekle);
- **system informacji klinicznej** (rejestr pacjentów z chorobami przewlekłymi, system przypominający o kolejnych wizytach, w tym badaniach kontrolnych – oparty na wytycznych EBM, ukierunkowany na opiekę nad pacjentem i społecznością);
- **wsparcie dla własnego „zarządzania chorobą” przez pacjenta** (edukacja pacjentów chorych przewlekle i ich opiekunów ze stałym wzmacnianiem i ewaluacją kompetencji, okresowa ocena trudności i postępów, stymulacja zachowań ukierunkowanych na promocję zdrowia i profilaktykę chorób);
- **źródła wsparcia w społeczności lokalnej w połączeniu z uregulowaniami prawnymi** (lokalne programy promocji zdrowia i profilaktyki chorób, kluby seniora, grupy wsparcia dla pacjentów i ich opiekunów).

W ramach CCM społeczność lokalna i system opieki zdrowotnej pełnią rolę nadrzędną obejmując: wsparcie dla „zarządzania chorobą” przez pacjenta, system dostarczania usług, wsparcie dla podejmowanych decyzji, system informacji klinicznej – z zasobów tych w równym stopniu mają korzystać, pozostając w „produktywnej” interakcji: poinformowany, aktywny pacjent i przygotowany, proaktywny, wielodyscyplinarny zespół [35].

Uznaje się także, że w ramach CCM największe znaczenie mają następujące elementy [5, 40]: edukacja pacjen-

tów i ich rodzin z kształtowaniem celowanych umiejętności w zakresie chorób przewlekłych występujących u pacjenta; wielospecjalistyczne zespoły organizujące spotkania z pacjentami i ich opiekunami domowymi, których głównym celem jest równorzędna wymiana doświadczeń i ewaluacja opieki; system informacji klinicznych i wsparcia w zakresie podejmowanych decyzji z identyfikacją pacjentów chorych przewlekle, wypracowaniem systemu kontroli klinicznych opartych na EBM i informacji zwrotnych na temat stanu pacjenta dla zespołu wielodyscyplinarnego, z dostarczaniem nowych i stałym monitoringiem już zaimplementowanych wytycznych wynikających z EBM [40].

Uzupełnieniem powyższych założeń ma być nieustający proces oceny jakości opieki dla chorych przewlekle z określaniem potrzeb biopsychospołecznych oraz kosztów medycznych. Co więcej, system alokacji środków finansowych przekazywanych ośrodkom podstawowej opieki zdrowotnej powinien być uzależniony od wyników okresowo wykonywanej oceny jakości opieki [35, 38].

Krótkie konsultacje w opiece zdrowotnej, które są domeną aktualnego systemu opieki zdrowotnej, pomocne w sytuacjach nagłych, mają ulec transformacji do wizyt będących formą negocjacji dalszego postępowania zarówno w odniesieniu do potrzeb somatycznych, psychicznych, jak i socjalnych między pacjentem, jego rodziną i profesjonalistami wielodyscyplinarnego zespołu. System opieki zdrowotnej zorientowany na populację chorych przewlekle ma objąć wszystkich pacjentów danego ośrodka podstawowej opieki zdrowotnej, jednak z identyfikacją zaleceń dla grup pacjentów obciążonych ryzykiem wystąpienia chorób przewlekłych i kolejno grup pacjentów już chorych, ale narażonych na wystąpienie powikłań wielochorobowości [22].

Zakończenie

Przyszłość opieki podstawowej to wyzwania stawiane przez pacjentów z wielochorobowością, wymagających regularnych kontaktów z lekarzem rodzinnym, wykonywania badań dodatkowych i systematycznego zażywania leków, a przede wszystkim podwyższenia poziomu zachowań zdrowotnych, akceptacji choroby, spełnionych potrzeb [5] – efektem ma być stałe podwyższanie efektywności opieki nad chorymi przewlekle. Opieka ta ma być realizowana przez wielodyscyplinarny zespół i obejmować poznanie struktury danej populacji, wsparcie dla współdecydowania o dalszym postępowaniu z naciskiem na partnerską wymianę doświadczeń, proces edukacji ukierunkowany na zasoby własne pacjentów, ze ścisłym programem ewaluacji działań niepożądanych, przestrzegania zaleceń, braku skuteczności terapii i nawrotu dolegliwości [35]. Podkreśla się także rolę wykładników biopsychospołecznych opieki, które należy analizować z punktu widzenia społeczności, w której funkcjonuje pacjent chory przewlekle [5, 41, 42].

Piśmiennictwo

1. Frisch MB. Quality of life therapy and assessment in health care. *Clin Psychol Sci Pract* 1998; 5: 19–40.
2. Scheridan CL, Radmacher SA. *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia; 1998.
3. Fortin M, Hudon C, Bayliss EA, et al. Caring for body and soul: the importance of recognizing and managing psychological distress in persons with multimorbidity. *Int J Psychiatry Med* 2007; 37(1): 1–9.
4. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med* 2002; 162(20): 2269–2276.
5. Kurpas D. *Paradygmat opieki nad chorymi przewlekle w ramach podstawowej opieki zdrowotnej*. Wrocław: Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich; 2013 (Rozprawy Habilitacyjne Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu; 6/2013).
6. WHO – *Europejski raport zdrowia 2012* (cyt. 14.03.2013). Dostępny na: <http://www.who.un.org.pl/aktualnosci.php?news=84&wid=14>.
7. Ribbe MW. Care for elderly: the role of the nursing home in Dutch health care system. *Int Psychogeriatr* 1993; 5: 213–222.
8. *Education alliance for long term conditions* (Accessed 05 August 2007). URL: <http://www.educationalalliance.co.uk/>.

9. GUS – Stan zdrowia ludności Polski, 2009 (cyt. 15.01.2013). Dostęp: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/ZO_stan_zdrowia_2009.pdf.
10. Schols JM, Crebolder HF, van Weel C. Nursing home and nursing home physician: the Dutch experience. *J Am Med Dir Assoc* 2004; 5(3): 207–212.
11. Belfield G. *Head of primary care, Departament of Health*. NHS, UK Long Term Conditions Policy, 2006.
12. Genui SJ. Medical practice and community health care in the 21st Century: a time of change. *Public Health* 2008; 122: 671–680.
13. WHO – *Chronic diseases* (Accessed 5 August 2007). URL: http://www.who.int/topics/test/chronic_diseases/.
14. *The world health report 1998. Life in the 21st century: a vision for all*. Geneva: World Health Organization; 1998.
15. Wu SY, Green A. *Projection of chronic illness prevalence and cost inflation*. Santa Monica, CA: RAND Health; 2000.
16. WHO – World Health Organization. *The World Health Report 2008: Primary Health Care – Now More than Ever*. Geneva: World Health Organization; 2008.
17. Lorig KR, Sobel DS, Stewart AL, et al. Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. *Med Care* 1999; 37(1): 5–14.
18. Hoffman C, Rice D, Sung H-Y. Persons with chronic conditions: their prevalence and costs. *J Am Med Assoc* 1996; 276(18): 1473.
19. Wright N, Smeeth L, Heath I. Moving beyond single and dual diagnosis in general practice: many patients have multiple morbidities, and their needs have to be addressed. *BMJ* 2003; 326(7388): 512–514.
20. Wąsowski M, Marcinowska-Suchowierska E. Przyczyny niepowodzeń farmakologicznej terapii chorób przewlekłych ze szczególnym uwzględnieniem osteoporozy. *Post Nauk Med* 2006; 6: 359–366.
21. Kurpas D. Czy istnieje model opieki nad chorym przewlekle w Unii Europejskiej? *Przew Lek* 2009; 1: 208–211.
22. Davis E, Tamayo A, Fernandez A. “Because somebody cared about me. That’s how it changed things”: homeless, chronically ill patients’ perspectives on case management. *PLoS One* 2012; 7(9): e45980.
23. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970–1998. *Health Serv Res* 2003; 38(3): 831–865.
24. Shi L, Starfield B, Politzer R, et al. Primary care, self-rated health, and reductions in social disparities in health. *Health Serv Res* 2002; 37: 529–550.
25. Starfield B. *Primary care: balancing health needs, services and technology*. Oxford: Oxford University Press; 1998.
26. WONCA – The European Definition of General Practice / Family Medicine. WONCA EUROPE 2011 Edition (cyt. 15.12.2012). Dostępny na: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf>.
27. Geense WW, van de Glind IM, Visscher TLS, et al. Barriers, facilitators and attitudes influencing health promotion activities in general practice: an explorative pilot study. *BMC Family Pract* 2013; 14: 20.
28. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83: 457–502.
29. Macinko J, Starfield B, Erinosho T. The impact of primary health care on population health in low- and middle-income countries. *J Ambul Care Manage* 2009; 32: 150–171.
30. Roetzheim RG, Pal N, Gonzalez EC, et al. The effects of physician supply on the early detection of colorectal cancer. *J Fam Pract* 1999; 48(11): 850–858.
31. Ferrante JM, Gonzalez EC, Pal N, et al. Effects of physician supply on early detection of breast cancer. *J Am Board Fam Pract* 2000; 13(6): 408–414.
32. Campbell RJ, Ramirez AM, Perez K, et al. Cervical cancer rates and the supply of primary care physicians in Florida. *Fam Med* 2003; 35(1): 60–64.
33. Roetzheim RG, Pal N, Van Durme DJ, et al. Increasing supplies of dermatologists and family physicians are associated with earlier stage of melanoma detection. *J Am Acad Dermatol* 2000; 43(2): 211–218.
34. Starfield B. The future of primary care: refocusing the system. *N Engl J Med* 2008; 359(20): 2087, 2091.
35. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management *BMJ* 2000; 320: 569–572.
36. Brumley R, Enguidanos S, Jamison P, et al. Increased satisfaction with care and lower costs: results of a randomized trial of in-home palliative care. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55(7): 993–1000.
37. Moalosi G, Floyd K, Phatshwane J, et al. Cost-effectiveness of home-based care versus hospital care for chronically ill tuberculosis patients, Francistown, Botswana. *Int J Tuberc Lung Dis* 2003; 7: S80–85.
38. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002; 288: 1775–1779.
39. van Lieshout J, Grol R, Campbell S, et al. Cardiovascular risk management in patients with coronary heart disease in primary care: variation across countries and practices. An observational study based on quality indicators. *BMC Fam Pract* 2012; 13: 96. Epub 2012 Oct 5.
40. Casalino LP. Disease management and the organization of physician practice. *JAMA* 2005; 293(4): 485–488.
41. Flores LM, Davis R, Culross P. Community health: a critical approach to addressing chronic diseases. *Prev Chronic Dis* 2007; 4(4). URL: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/oct/07_0080.htm (Accessed 14 January 2009).
42. Kurpas D, Drobnik J, Steciwko A. Wskaźniki jakości usług medycznych świadczonych dla pacjentów chorych przewlekle. *Fam Med Prim Care Rev* 2008; 10(3): 908–910.

Adres do korespondencji:

Dr hab. n. med. Donata Kurpas
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej UM
ul. Syrokomli 1
51-141 Wrocław
Tel.: 71 325-43-41
E-mail: dkurpas@hotmail.com

Praca wpłynęła do Redakcji: 14.02.2014 r.

Po recenzji: 4.04.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 4.04.2014 r.

PRACE POGLĄDOWE • REVIEWS

Medycyna okołoperacyjna – strategie redukcji ryzyka

Perioperative medicine – strategies of risk reduction

PIOTR NOWAKOWSKI^{B-F}, PAWEŁ JURSZEWICZ^{B-F}

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Czerniakowskiego w Warszawie

A – przygotowanie projektu badania, B – zbieranie danych, C – analiza statystyczna, D – interpretacja danych, E – przygotowanie maszynopisu, F – opracowanie piśmiennictwa, G – pozyskanie funduszy

Streszczenie Współcześnie coraz większa liczba problemów medycznych może być skutecznie leczona technikami chirurgicznymi. Poprawę wyników leczenia operacyjnego przynosi wdrożenie całościowego, multidyscyplinarnego pakietu postępowania, obejmującego wszystkie aspekty postępowania okołoperacyjnego. Przedoperacyjnie priorytetem jest identyfikacja pacjentów z grupy wysokiego ryzyka i wdrożenie działań ukierunkowanych na modyfikację ryzyka. Śródoperacyjnie należy dążyć do jak najmniejszej ingerencji w funkcjonowanie organizmu i minimalizować jatrogenność postępowania medycznego. Poperacyjnie najważniejsze znaczenie ma wczesne uruchomienie pacjenta, rehabilitacja oraz wspieranie jego samodzielności. Usystematyzowany pakiet postępowania pozwala na skrócenie czasu pobytu pacjenta w szpitalu oraz zmniejszenie ryzyka powikłań związanego z leczeniem operacyjnym.

Słowa kluczowe: ryzyko okołoperacyjne, redukcja ryzyka, opieka okołoperacyjna.

Summary Nowadays an increasing number of health problems may be effectively managed using surgical treatment. Operative treatment outcomes may be improved by implementation of consistent multidisciplinary care package of perioperative interventions. The main priority of preoperative care is identification of high risk patients and modification of the risk. The focus of perioperative management is set on minimizing physiological disturbances exerted by surgical and anesthetic procedures as well as avoiding iatrogenicity of interventions. The most important aspect of postoperative care is early mobilisation, physiotherapy and promotion of patient's independence. Implementation of consistent perioperative care package results in reduction in hospital length of stay and improvement of outcomes.

Key words: perioperative risk, risk reduction, perioperative care.

Wstęp

Postęp w medycynie sprawia, że coraz większa liczba problemów zdrowotnych może być skutecznie leczona chirurgicznie. Poprawę wyników leczenia operacyjnego przynosi wdrożenie całościowego pakietu postępowania, obejmującego wszystkie aspekty leczenia okołoperacyjnego. Jest to postępowanie zespołowe i multidyscyplinarne. Wymaga określenia indywidualnych zagrożeń, identyfikacji modyfikowalnych czynników ryzyka, eliminacji jatrogenności postępowania oraz podjęcie właściwych interwencji w odpowiednim czasie. Pacjent musi być aktywnym uczestnikiem procesu leczenia i dochodzenia do sprawności [1].

I. Okres przedoperacyjny

Na tym etapie głównym celem postępowania jest identyfikacja pacjentów wysokiego ryzyka z uwagi na schorzenia towarzyszące, modyfikacja ryzyka oraz optymalizacja stanu pacjenta.

1. Układ krążenia

Większość powikłań okołoperacyjnych występuje u pacjentów obciążonych kardiologicznie. Indywidualne ryzyko danego pacjenta istotnie rzutuje na ryzyko powikłań okołoperacyjnych niż czynniki zależne od procedury chirurgicznej [2]. Obecnie za najlepszy wskaźnik ryzyka sercowego uważana jest skala Lee. Obejmuje ona ocenę 5 parametrów klinicznych, ponadto uwzględnia ryzyko związane z rodzajem zabiegu. Każdy z elementów w równym stopniu wpływa na wynik oceny (tab. 1).

Istotnym czynnikiem rokowniczym, zwłaszcza u pacjentów wysokiego ryzyka, jest wydolność wysiłkowa mierzona w ekwiwalentach metabolicznych (MET) (tab. 2) [3, 4].

Tabela 1. Skala Lee przedoperacyjnej stratyfikacji ryzyka kardiologicznego

Skala Lee	Punkty
Choroba wieńcowa	1
Niewydolność serca	1
Choroba naczyń mózgowych	1
Cukrzyca leczona insuliną	1
Niewydolność nerek (kreatynina > 2,0 mg/dl)	1
Zabieg chirurgiczny wysokiego ryzyka	1
Interpretacja	
Punkty	Ryzyko (%)
0	bardzo niskie – 0,4
1	niskie – 0,9
2	umiarkowane – 7
≥3	wysokie > 11

Tabela 2. Przykłady aktywności wraz z odpowiadającymi wartościami MET [3, 4]

Rodzaj aktywności	MET
Jedzenie, ubieranie się, powolne chodzenie, zmywanie naczyń, gotowanie	1–3
Cięższe prace domowe, wchodzenie po schodach, jazda rowerem	4–5
Lekkie prace ogrodowe, pływanie	5–7
Uprawianie sportów	≥ 8

Przy wydolności wysiłkowej prawidłowej lub wyższej od spodziewanej rokowanie pacjenta jest bardzo dobre, nawet przy obecności czynników ryzyka. Wydolność < 4 MET koreluje ze wzrostem śmiertelności okołoperacyjnej. Również MET poniżej oczekiwanej przekłada się na wzrost ryzyka (tab. 3) [2, 5].

Tabela 3. Szczytowe wartości MET oraz wpływ na śmiertelność okołoperacyjną zmiany wartości rzeczywistych względem oczekiwanych

Oczekiwane szczytowe MET	
Mężczyźni:	Kobiety:
18,4 – (0,16 × wiek)	14,7 – (0,13 × wiek)
Zmiana MET wobec oczekiwanych	Wpływ na śmiertelność (%)
↑ o 2	↓ o 24
↑ o 1	↓ o 13
↓ o 1	↑ o 15
↓ o 2	↑ o 32

Pacjenci o niskim ryzyku mogą być operowani bez opóźnienia. W tym przypadku strategia redukcji ryzyka nie wpłynie na jego dalsze zmniejszenie. U pacjentów wysokiego ryzyka postępowanie powinno być ukierunkowane na modyfikację ryzyka. Ponadto przekazanie pacjentowi informacji o ryzyku związanym z operacją może wpłynąć na jego decyzję o takim postępowaniu [6].

Do interwencji, których wykonanie może wpłynąć na rokowanie, należą zabiegi w obrębie naczyń wieńcowych. Wykazano również korzystny wpływ niektórych rodzajów farmakoterapii.

β-blokery

Korzystny wpływ leczenia β-blokerami wynika ze zmniejszenia przez nie zapotrzebowania miokardium na tlen przez zwolnienie rytmu, wydłużenie rozkurczu, zmniejszenie kurczliwości. Obserwuje się redystrybucję przepływu krwi do warstwy podwierzdziowej, stabilizację blaszki miażdżycowej oraz podwyższenie progu migotania komór. Korzyści są najwyższe u pacjentów wysokiego ryzyka lub przed zabiegami wysokiego ryzyka (IB). Terapia powinna zostać rozpoczęta minimum 7, optymalnie 30 dni przed zabiegiem. Zastosowanie β-blokerów można rozważyć przed zabiegami o umiarkowanym ryzyku lub przed zabiegami o niskim ryzyku u pacjentów z czynnikami ryzyka (II B).

Statyny

Statyny wpływają na stabilizację blaszki miażdżycowej przez ograniczenie procesu oksydacji tłuszczów, procesu zapalnego, aktywności metaloproteinaz macierzy, zmniejszenie apoptozy komórek. Mogą zapobiec pęknięciu blaszki miażdżycowej i wystąpieniu zawału serca w okresie okołoperacyjnym. Chorzy ze zmianami miażdżycowymi poza naczyniami wieńcowymi powinni otrzymywać statyny w prewencji wtórnej, niezależnie od ryzyka związanego z leczeniem chirurgicznym. Lek należy włączyć najpóźniej na 7 dni przed zabiegiem (IB). Wskazane jest stosowanie preparatów długodziałających lub o przedłużonym uwalnianiu z uwagi na brak postaci dożylnych.

Inhibitory konwertazy angiotensyny (ACEI)

ACEI poprawiają czynność śródbłonna naczyń. Mają one właściwości przeciwzapalne oraz bezpośrednio wpływają na proces aterogenezy. Hamowanie układu renina–angiotensyna–aldosteron chroni przed niedokrwieniem mięśnia sercowego oraz rozwojem dysfunkcji lewej komory. Efekty te są niezależne od działania hipotensyjnego. ACEI

zalecane są przed zabiegami o wysokim ryzyku u stabilnych kardiologicznie pacjentów ze skurczową dysfunkcją lewej komory (IC). Do rozważenia jest ich włączenie przed zabiegami o ryzyku niskim lub pośrednim [5].

2. Choroby płuc

Przewlekłe choroby układu oddechowego zwiększają ryzyko pooperacyjnych powikłań oddechowych, w tym niewydolności oddechowej oraz konieczności wentylacji mechanicznej. Obecność POChP zwiększa ryzyko powikłań niemal dwukrotnie wobec pacjentów zdrowych. Ryzyko to zwiększają także niektóre rodzaje zabiegów (operacje brzuszne, klatki piersiowej), długi czas zabiegu i starszy wiek pacjenta [2]. Patologie układu oddechowego usposabiają do powikłań kardiologicznych. Spadek FEV₁ o każde 10% podwyższa śmiertelność z powodów krążeniowych o 30%, a liczbę incydentów wieńcowych o 20% [5].

Celem przygotowania przedoperacyjnego jest optymalizacja czynności płuc: wyleczenie infekcji, zmniejszenie skurczu oskrzeli, optymalizacja funkcji układu krążenia oraz zachęcanie do rzucenia palenia.

Palenie papierosów zwiększa ryzyko powikłań oddechowych o 25%. Z tego powodu przed operacją zalecane jest zaprzestanie palenia. Należy je rozpocząć co najmniej 6–8 tygodni przed zabiegiem, okres minimalny to 4 tygodnie.

Nie wykazano, aby przedoperacyjna ocena spirometryczna w operacjach innych niż kardio- i torakochirurgiczne pozwalała na skuteczne przewidywanie ryzyka powikłań u poszczególnych pacjentów. RTG klatki piersiowej u większości pacjentów nie ma wartości dla przewidywania pooperacyjnych powikłań płucnych [2].

3. Cukrzyca

Cukrzyca jest przyczyną mikro- i makroangiopatii, powodujących uszkodzenie narządów końcowych, zwłaszcza serca, mózgu i nerek. Okołoperacyjne podwyższone stężenie glukozy sprzyja zakażeniu miejsca operacji i zwiększa ryzyko niewydolności serca. Z tych powodów cukrzyca wpływa na wzrost ryzyka sercowego lub niewydolności nerek.

U pacjentów leczonych lekami doustnymi należy rozważyć celowość przestawienia na insulinę w okresie okołoperacyjnym. Uzasadnieniem jest przewidywany długi czas braku żywienia dojelitowego, co jest zależne od rodzaju operacji. U pacjentów poddawanych zabiegom o umiarkowanym zakresie, bez ingerencji w układ pokarmowy i krótkim czasie pozostawania na czczo (≤ 4 godz.), wystarczy pominąć przedoperacyjną dawkę leków doustnych bez przestawiania na insulinę. W pozostałych przypadkach celowe jest przejście na leczenie insuliną [4].

4. Niewydolność nerek

Niewydolność nerek predysponuje do powikłań w okresie okołoperacyjnym. Pomimo, że w przewlekłej niewydolności nerek ubytek czynnych nefronów jest procesem nieodwracalnym, to możliwość przedoperacyjnej poprawy funkcji nerek wynika z optymalizacji schorzeń towarzyszących, takich jak: przewlekła choroba serca, POChP, nadciśnienie tętnicze [2].

5. Leczenie przeciwzakrzepowe i przeciwplatekcyjne

Główne wskazania dla leczenia doustnymi lekami przeciwzakrzepowymi (pochodne acenokumarolu lub warfaryny) to przebyta zakrzepica żył głębokich/zatorowość płucna, sztuczne zastawki serca lub utrwalone migotanie przedsionków. Leczenie przeciwzakrzepowe w okresie okołoperacyjnym wiąże się ze wzrostem ryzyka krwawienia podczas zabiegu. Postępowanie wynika z oceny ryzyka

powikłań zakrzepowo-zatorowych. U niektórych pacjentów korzyści płynące z utrzymania terapii przeciwkrzepliwiej przewyższają ryzyko powikłań krwotocznych, u nich terapia ta powinna być utrzymana lub jedynie zmodyfikowana. U pacjentów z niskim ryzykiem zakrzepicy terapia przeciwzakrzepowa powinna być wstrzymana dla ograniczenia ryzyka powikłań krwotocznych [7].

Głównymi wskazaniami do leczenia przeciwplatekowego jest wtórna profilaktyka incydentów sercowo-naczyniowych lub przebyta interwencja w obrębie naczyń wieńcowych. W tych przypadkach konieczna jest ocena stosunku ryzyka do korzyści, nieuzasadniona ingerencja w leczenie antyagregacyjne może skutkować powikłaniami sercowymi. Zasady postępowania podsumowano w tabeli 4 [5].

Tabela 4. Zabieg chirurgiczny u pacjenta po przebytych interwencjach na naczyniach wieńcowych [5]		
Angioplastyka balonowa	< 14 dni	odroczyć niepilny zabieg
	≥ 14 dni	zabieg + aspiryna
Stent metalowy	≥ 6 tyg	odroczyć niepilny zabieg
	< 6 tyg	
Stent uwalniający leki	< 12 mies	zabieg + aspiryna
	≥ 12 mies	

II. Bezpośredni okres przedoperacyjny

Postępowanie w tym okresie ma na celu ograniczenie negatywnych następstw zabiegu operacyjnego oraz umożliwić pacjentowi szybki powrót do zwykłej aktywności. Pobyt pacjenta w szpitalu przed zabiegiem powinien być jak najkrótszy. Celową jest rezygnacja z premedykacji przed zabiegiem. Dla zmniejszenia niepokoju pacjenta ważniejsze jest przekazanie informacji dotyczących zaplanowanego zabiegu oraz realnej oceny przewidywanego czasu hospitalizacji. Wskazane jest możliwie małe ograniczenie przedoperacyjnej aktywności pacjenta, np. umożliwienie mu poruszania się i samodzielnego przejścia na blok operacyjny [8].

Ważna jest długość przedoperacyjnego głodzenia. Reakcja na uraz chirurgiczny wiąże się ze zwiększonym wydatkiem energetycznym i ujemnym bilansem azotowym. Metabolizm glukozy w okresie okołoperacyjnym przypomina zaburzenia obecne w cukrzycy typu 2. Obserwuje się hiperglikemię i insulinooporność. Korzystny wpływ na metabolizm wywiera właściwe nawodnienie i zapewnienie zasobów energetycznych przed zabiegiem. Aktualne zalecenia pozwalają na przyjmowanie płynów do 2 godzin przed operacją, a pokarmów stałych do 6 godzin [4]. Spożycie przed zabiegiem napoju zawierającego węglowodany zmniejsza insulinooporność nawet o 50%, poprawia obwodowy metabolizm glukozy i ułatwia syntezę glikogenu. W efekcie pooperacyjny katabolizm może zostać zastąpiony anabolizmem [8].

III. Zabieg operacyjny

Ryzyko związane z operacją zależne jest od rodzaju procedury chirurgicznej (tab. 5).

W przypadku zabiegów o niskim ryzyku prawdopodobieństwo powikłań jest znikome, chyba że pacjent ma istotne obciążenia. Rozległość urazu tkanek związanego z interwencją chirurgiczną i nasilenie następowej reakcji zapalnej zależy od techniki operacyjnej. Korzystna jest atraumatyczna i mało inwazyjna technika chirurgiczna, zwłaszcza metody endoskopowe oraz krótki czas zabiegu. Ważne jest utrzymanie normotermii i normowolemii, unikanie hipoksji, przewodnienia i nadmiernego ładunku sodu. Postępowanie anestezyjologiczne powinno opierać się na użyciu leków krótkodziałających i minimalizacji zaburzeń fizjologii organizmu [8, 9].

Tabela 5. Ryzyko związane z rodzajem operacji, przykłady

Ryzyko niskie	Ryzyko pośrednie	Ryzyko wysokie
Operacje powierzchniowe (w tym piersi), okulistyczne, endoskopowe, małe zabiegi ortopedyczne, urologiczne	operacje brzuszne, klatki piersiowej, tętnic szyjnych, angioplastyka tętnic obwodowych, operacje biodra, kręgosłupa	operacje aorty, dużych naczyń, naczyń obwodowych, zabiegi długotrwałe i z dużymi przesunięciami płynów

IV. Leczenie bólu

Ból pooperacyjny wywiera niekorzystny wpływ na funkcję układu krążenia, oddechowego, na stan psychiczny pacjenta, opóźnia jego uruchomienie. Leczenie bólu należy rozpocząć już w okresie przedoperacyjnym. Analgezja z wyprzedzeniem pozwala na zmniejszenie sensytyzacji obwodowej i umożliwia zmniejszenie nasilenia bólu pooperacyjnego. Ogranicza częstość występowania zespołów bólu przewlekłego [10]. Pooperacyjnie należy stosować analgezję multimodalną, obejmującą połączone zastosowanie leków działających na różne punkty uchwytu w obrębie układu nocyceptywnego oraz technik anestezji regionalnej (RA). Te ostatnie obejmują znieczulenie nasiekowe, blokady obwodowe i centralne. RA zmniejsza odpowiedź stresową i reakcję zapalną, jak również częstości powikłań oddechowych i sercowych [11]. Koncepcja analgezji multimodalnej zakłada optymalizację leczenia bólu przy wykorzystaniu leków nieopioidowych i technik regionalnych z minimalizacją użycia opioidów. Po zabiegu konieczne jest monitorowanie nasilenia bólu i stosowanie protokołów jego leczenia opartych na koncepcji drabiny analgetycznej [8].

V. Okres pooperacyjny

Priorytetem w tym okresie jest wczesne uruchomienie i rehabilitacja pacjenta. Jest to najważniejszy aspekt postępowania pooperacyjnego. Zwiększenie samodzielności pacjenta w bezpośrednim okresie pooperacyjnym może skutkować poprawą odległych wyników leczenia [12]. Pojenie i żywienie doustne należy rozpocząć możliwie szybko. Postępowanie musi być ukierunkowane na wspieranie samodzielności pacjenta w zakresie codziennych aktywności (jedzenie, mycie, ubieranie się, poruszanie). Ważne jest ułatwianie kontaktu z bliskimi. Niezbędnymi warunkami ku temu są efektywna analgezja przy minimalizacji użycia opioidów oraz zapobieganie nudnościom i wymiotom. Zwiększaniu aktywności sprzyja brak lub wczesne usunięcie drenów, cewników czy sondy żołądkowej. Fizykoterapia powinna wspierać wczesne uruchomienie chorego i zwiększanie zakresu jego aktywności [8, 9].

Wypis do domu następuje po spełnieniu określonych wstępnie kryteriów. Przy wypisie pacjent otrzymuje indywidualne, wyczerpujące instrukcje dotyczące dalszego postępowania, zwłaszcza leczenia przeciwbólowego i rehabilitacji, a także późniejszych wizyt kontrolnych.

Podsumowanie

Zastosowanie spójnego pakietu postępowania okołoperacyjnego pozwala na skrócenie czasu hospitalizacji, zmniejszenie jatrogenności postępowania oraz ograniczenie ryzyka związanego z leczeniem. Wymaga wielokierunkowego, wielospecjalistycznego postępowania oraz uwzględnienia podmiotowości pacjenta i jego czynnego uczestnictwa w procesie leczenia. Konieczna jest komunikacja między wszystkimi uczestnikami postępowania [13].

Piśmiennictwo

1. Roberts J, Mythen M, Horgan A. Thinking differently: working to spread enhanced recovery across England. *Curr Anaesth Crit Care* 2010; 21: 137–141.
2. De Hert S, Imberge G, Carlisle J, et al. Preoperative evaluation of the adult patient undergoing non-cardiac surgery: guidelines from the European Society of Anaesthesiology. *Eur J Anaesthesiol* 2011; 28: 684–722.
3. Jette M, Sidbey K, Blumchen G. Metabolic Equivalents (METs) in Exercise Testing, Exercise Prescription and Evaluation of Functional Capacity. *Clin Cardiol* 1990; 13: 555–565.
4. Allman KG, Wilson IH. *Oxfordzki podręcznik anestezjologii*. Warszawa: MediPage; 2009.
5. Poldermans D, Bax J, Boersma E, i wsp. Wytyczne dotyczące przedoperacyjnej oceny ryzyka sercowego oraz okołoperacyjnego postępowania kardiologicznego u pacjentów poddawanych zabiegom niekardiologicznym. *Kardiol Pol* 2010; 68: 3(Supl. 2).
6. Pearse RM, Holt PJE, Grocott MPW. Managing perioperative risk in patients undergoing elective non-cardiac surgery. *Br Med J* 2011; 343: d5759; doi: 10.1136/bmj.d5759.
7. Zawilska K, Bała M, Błędowski P, i wsp. Polskie wytyczne profilaktyki i leczenia żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej. Aktualizacja 2012. *Med Prakt* 2012; 10: 60–66.
8. Wainwright T, Middleton R. An orthopaedic enhanced recovery pathway. *Curr Anaesth Crit Care* 2010; 21: 114–120.
9. Grover M. Enhanced recovery after colorectal surgery. *Curr Anaesth Crit Care* 2010; 21: 121–124.
10. Misiołka H, Mayzner-Zawadzka E, Dobrogowski J, i wsp. Zalecenia 2011 postępowania w bólu ostrym i pooperacyjnym. *Ból* 2011; 12: 9–33.
11. Nowakowski P. Podstawy wykorzystania ultrasonografii w anestezji regionalnej i innych procedurach interwencyjnych. *Opieka Okołooper* 2013; 3: 14–24.
12. Akker-Scheek I, Stevens M, Groothoff J, et al. Preoperative or postoperative self-efficacy: which is a better predictor of outcome after total hip or knee arthroplasty? *Patient Educ Couns* 2007; 66: 92–99.
13. Grocott MPW, Pearse RM. Perioperative medicine: the future of anaesthesia? *Brit J Anaesth* 2012; 108: 723–6, doi:10.1093/bja/aes124.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Piotr Nowakowski

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Szpital Czerniakowski

ul. Stępińska 19/25

00-739 Warszawa

Tel.: 22 318-62-69

E-mail: piotr.nowakowski@szpitalczerniakowski.waw.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 14.02.2014 r.

Po recenzji: 14.04.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 14.04.2014 r.

Regulamin ogłaszania prac w kwartalniku

Family Medicine & Primary Care Review

§ 1. Postanowienia ogólne

1. **Kwartalnik FAMILY MEDICINE & PRIMARY CARE REVIEW** jest recenzowanym czasopiśmie naukowym, adresowanym do osób zajmujących się badaniami naukowymi w dziedzinie medycyny rodzinnej, podstawowej opieki zdrowotnej oraz w dziedzinach pokrewnych, nauczycieli akademickich medycyny rodzinnej, lekarzy rodzinnych i innych osób pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej, lekarzy w trakcie specjalizacji, rezydentów oraz studentów. Czasopismo przeznaczone jest także dla osób zajmujących się badaniami doświadczalnymi i epidemiologicznymi z zakresu innych dyscyplin medycznych.

2. Kwartalnik jest organem Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, wydawanym przy współdziałaniu Stowarzyszenia Przyjaciół Medycyny Rodzinnej i Lekarzy Rodzinnych. Wartość merytoryczna kwartalnika została doceniona przez lekarzy rodzinnych, Ministerstwo Zdrowia, CMKP oraz konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny rodzinnej – czasopismo znajduje się na wykazie lektur obowiązujących do egzaminu specjalizacyjnego z medycyny rodzinnej.

3. Naszą **misją** jest stworzenie platformy współpracy oraz wymiany informacji, myśli i doświadczeń z zakresu medycyny rodzinnej i podstawowej opieki zdrowotnej, która obejmowałaby Europę Środkową i Wschodnią. W regionie tym nie ma bowiem podobnego czasopisma konsolidującego środowiska naukowe i zawodowe w tych dziedzinach. Obecnie kwartalnik znajduje się w Elsevier Bibliographic Databases: EMBASE, EMNursing, Compendex, GEOBASE, Mosby Yearbooks, Scopus oraz w Index Copernicus (6,17 pkt.) i w punktacji Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego (5 pkt.).

§ 2. Zasady przyjmowania prac do druku

1. **Redakcja przyjmuje do druku** prace w języku polskim i/lub angielskim (*UK English*). Publikowane są one w następujących działach kwartalnika:

- **Artykuły redakcyjne (Editorials);**
- **Prace poglądowe (Reviews);**
- **Prace oryginalne (Original papers)** – także doświadczalne;
- **Kształcenie przed-/podyplomowe (Under-/postgraduate education)** lub **ustawiczne (CME)** – m.in. programy kształcenia, specjalne opracowania dla celów dydaktycznych (np. programy edukacyjne);
- **Sprawozdania (Reports)** – ze zjazdów, kongresów, stażów krajowych i zagranicznych itp.;
- **Listy do Redakcji (Letters to the Editor)** – nadesłane w odpowiedzi na materiał publikowany w czasopiśmie, przedstawiające uwagi i/lub inny punkt widzenia;
- **Recenzje książek i przeglądy piśmiennictwa (Book/literature reviews);**
- **Komunikaty (Announcements);**
- **Varia.**

2. **Priorytet w druku** mają prace oryginalne oraz publikacje w języku angielskim z ośrodków zagranicznych. Artykuły powinny spełniać **standardy i wymagania** określone przez International Committee of Medical Journal Editors, znane jako „Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication” (zob. Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals [editorial]. *N Engl J Med* 1997; 336: 309–915; uaktualniona wersja z października 2004 roku dostępna jest na stronie WWW – <http://www.icmje.org/icmje.pdf>). Obowiązują również zasady Dobrej Praktyki Edytorskiej („Consensus Statement on Good Editorial Practice 2004”), sformułowane przez Index Copernicus International Scientific Committee.

3. **Każda praca jest recenzowana** przez samodzielnych pracowników nauki uczelni wyższych. Redakcja zapoznaje Autorów z tekstem recenzji, bez ujawniania nazwisk recenzentów. Recenzent może uznać pracę za:

- nadającą się do druku bez dokonywania poprawek,
- nadającą się do druku po dokonaniu poprawek według wskazówek Recenzenta, bez konieczności ponownej recenzji,
- nadającą się do druku po jej przerehabilitowaniu zgodnie z uwagami Recenzenta i po ponownej recenzji pracy,
- nie nadającą się do druku.

Praca może być również odesłana Autorom z prośbą o dostosowanie do wymogów redakcyjnych. Redakcja zastrzega sobie prawo do dokonywania koniecznych poprawek i skrótów bez porozumienia z Autorami.

4. **Prace wymagające korekty** zostaną przesłane Autorom wraz z uwagami Recenzenta i Redakcji. Autorzy prac otrzymują jedną korektę, bez maszynopisu. Zmiany w treści artykułu, dopisywanie nowego tekstu, poprawki na rysunkach powstałe z winy Autorów nie będą uwzględniane przez Redakcję na etapie korekty. Korekty należy zwrócić w ciągu 7 dni od daty wysłania z Redakcji. W przypadku zakwalifikowania pracy do druku Autorzy zostaną o fakcie poinformowani pisemnie.

§ 3. Prawa autorskie (copyright)

Praca zakwalifikowana do druku w kwartalniku staje się własnością FAMILY MEDICINE & PRIMARY CARE REVIEW. Tym samym wszelkie prawa autorskie – do wydawania i rozpowszechniania nadesłanego materiału we wszystkich znanych formach – zostają przeniesione na Wydawcę. Praca nie może więc być m.in. publikowana (w całości lub w częściach) w innych wydawnictwach w kraju ani za granicą bez uzyskania pisemnej zgody Wydawcy.

§ 4. Zasady etyki

1. Publikowane prace nie mogą ujawniać danych osobowych pacjentów, chyba że wyrazili oni na to pisemną zgodę (wówczas należy dołączyć ją do manuskryptu). Prace dotyczące badań, których przedmiotem jest człowiek i które mogą nieść w sobie element ryzyka, muszą zawierać oświadczenie, że protokół badawczy jest zgodny z Deklaracją Helsińską (zob. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA* 2000; 284(23): 3043–3045) i uzyskał akceptację odpowiedniej komisji etycznej. Również publikacje dotyczące ba-

dań doświadczalnych na zwierzętach muszą zawierać oświadczenie, że badania były zaakceptowane przez taką komisję. Fakt akceptacji powinien być zaznaczony w pracy w opisie metodyki badań.

2. Autor ma obowiązek wykazania (w ramach Piśmiennictwa przesyłanej pracy), że zna dorobek czasopisma, do którego kieruje swój artykuł.

3. Autorstwo pracy powinno być wyraźnie zdefiniowane w postaci określenia wkładu poszczególnych współautorów w przygotowanie pracy: **A** – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy. Osoba niemająca znaczącego wkładu w powstanie publikacji nie powinna być wymieniana jako współautor pracy.

4. Źródła finansowania pracy i sprzeczność interesów. Autor lub autorzy powinni podać źródła wsparcia finansowego – nazwę sponsora/instytucji i numer grantu – jeśli z takiego korzystali. Możliwe jest użycie następujących sformułowań: „Praca wykonana w ramach projektu badawczego (grantu itp.) nr ..., finansowanego przez ... w latach ...”, „Praca zrealizowana ze środków uczelnianych (badania własne, działalność statutowa itp.)” lub „Praca sfinansowana ze środków własnych autora(ów)”. Autor lub autorzy muszą również ujawnić swoje związki ze sponsorem, wymienionym w pracy podmiotem (osobą, instytucją, firmą) lub produktem, które mogą wywołać sprzeczność interesów.

5. Odpowiedzialność. Wydawca i Redakcja nie ponoszą odpowiedzialności za treść zamieszczonych reklam i ogłoszeń. Reklamy leków sprzedawanych na receptę skierowane są tylko do lekarzy, którzy mają niezbędne uprawnienia do ich przepisywania. Wydawca ma prawo odmówić zamieszczenia reklam i ogłoszeń, jeżeli ich treść lub forma są sprzeczne z charakterem pisma lub interesem wydawcy.

§ 5. Przygotowanie pracy do druku

1. Do manuskryptu Autor musi dołączyć wypełniony „Formularz zgłoszeniowy pracy” (dostępny na stronie WWW Redakcji), w którym poświadczą spełnienie warunków określonych w poszczególnych punktach niniejszego Regulaminu.

2. Układ pracy: tytuł, imiona i nazwiska Autorów, nazwa zakładu, instytutu lub placówki, w której praca została wykonana (do 600 znaków). Praca powinna się składać ze streszczenia strukturalnego (zawierającego nie mniej niż 200 i nie więcej niż 250 słów), 3–6 słów kluczowych, tekstu głównego (w przyjętym układzie: wstęp, cel pracy, materiał i metody, wyniki, dyskusja, wnioski), spisu piśmiennictwa oraz tytułu, streszczenia strukturalnego i słów kluczowych w języku angielskim (pochodzących ze standardowego wykazu MeSH, tj. *Medical Subject Headings* obowiązującego w *Index Medicus*). W przypadku sprawozdań, recenzji oraz listów do Redakcji dopuszcza się odstępstwa w układzie tekstu głównego (m.in. nie dołączająca się streszczeń). Praca powinna zawierać także pełny, aktualny adres i telefon (prywatny lub miejsca pracy), oraz adres poczty elektronicznej pierwszego Autora, pod który będzie kierowana korespondencja.

3. Należy ustalić rolę i udział każdego współautora w przygotowaniu pracy (przy każdym nazwisku wpisać odpowiednie oznaczenia literowe) według klucza określonego w § 4. pkt.3.

4. Struktura streszczeń prac oryginalnych powinna pokrywać się ze strukturą tekstu głównego, z wyjątkiem dyskusji. W streszczeniu (Summary) należy więc wyodrębnić części: Wstęp (Background), Cel pracy (Objectives), Materiał i metody (Material and methods), Wyniki (Results) i Wnioski (Conclusions). Streszczenie powinno zawierać 200–250 słów (do 2200 znaków).

5. Jednostki i skróty. W pracach należy używać jednostek metrycznych (SI). Można stosować standardowe skróty, które należy jednak zdefiniować w streszczeniu i/lub przy pierwszej wzmiance w tekście. Skróty stosuje się tylko wtedy, gdy dany termin jest stosowany wielokrotnie, a jego skrót stanowi dla Czytelnika ułatwienie.

6. Piśmiennictwo

1) Piśmiennictwo powinno zawierać wyłącznie pozycje cytowane w tekście pracy, w którym oznacza się je kolejnymi liczbami w nawiasach klamrowych, np. [1], [6, 13]. To samo dotyczy cytowań umieszczanych w tabelach lub opisach rycin – nadaje się im kolejne numery, zachowując ciągłość z numeracją w tekście pracy. Piśmiennictwo należy ograniczyć do niezbędnego minimum – liczba cytowanych pozycji nie powinna przekraczać 20 dla pracy oryginalnej, a 40 – dla pogładowej. Zalecane jest korzystanie z publikacji spełniających wymogi „medycyny opartej na potwierdzonych danych naukowych” (*evidence-based medicine*). Należy unikać cytowania abstraktów zjazdowych, a informacje niepublikowane (tzw. informacje własne, doniesienia ustne itp.) nie mogą służyć jako źródło cytatu.

2) Spis piśmiennictwa umieszcza się na końcu pracy w kolejności zgodnej z pojawianiem się cytowanych prac w tekście. Jeśli liczba autorów publikacji nie przekracza 3, podaje się wszystkie nazwiska oraz inicjały (bez kropek). Jeśli autorów jest więcej, wymienia się nazwiska pierwszych trzech, a po nich zamieszcza skrót „i wsp.” lub „et al.”. Skróty tytułów czasopism muszą odpowiadać skrótom podawanym w *Index Medicus*; pisze się je kursywą, bez kropek. Po podaniu roku wydania stawiamy średnik, po podaniu tomu – dwukropek, po podaniu stron (od–do) – kropkę. W przypadku wydawnictw zwartych podaje się: nazwisko redaktora (-ów), inicjały imienia lub imion, tytuł publikacji pisany kursywą, miejsce wydania, nazwę wydawnictwa, rok wydania, ewentualnie numery stron.

3) Należy bezwzględnie przestrzegać zasad bibliograficznych znanych jako System Vancouverski (*Vancouver System of Bibliographic Referencing*). Poniżej znajdują się przykłady, które trzeba naśladować:

- a) artykuł w czasopiśmie
 - Connors MM. Risk perception, risk taking and risk management among intravenous drug users: implications for AIDS prevention. *Soc Sci Med* 1992; 34(6): 591–601.
 - Stroup DF, Berlin JA, Morton SC, et al. Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a proposal for reporting. *JAMA* 2000; 283: 2008–2012.
- b) artykuł bez podanych autorów lub organizacja występująca jako autor
 - Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84: 15.
 - 21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ* 2002; 325(7357): 184.

- Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension* 2002; 40(5): 679–686.
- c) artykuł z Internetu (np. z czasopisma w wersji elektronicznej online)
 - Thomas S. A comparative study of the properties of twelve hydrocolloid dressings. *World Wide Wounds* [serial online] 1997 Jul [cyt. 3.07.1998]. Dostępny na URL: <http://www.smtl.co.uk/World-Wide-Wounds/>
- d) książka/podręcznik autorstwa jednej lub kilku osób
 - Juszczyk J, Gładysz A. *Diagnostyka różnicowa chorób zakaźnych*. Wyd. 2. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1996: strona od–do.
 - Milner AD, Hull D. *Hospital paediatrics*. 3rd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1997.
- e) książka/podręcznik – praca zbiorowa pod redakcją...
 - Norman IJ, Redfern SJ, editors. *Mental health care for elderly people*. New York: Churchill Livingstone; 1996.
- f) książka/podręcznik – wydawcą jest instytucja lub organizacja
 - NHS Management Executive. *Purchasing intelligence*. London: NHS Management Executive; 1991.
- g) rozdział w książce/podręczniku
 - Krotochwil-Skrzypkova M. *Odczyny i powikłania poszczepienne*. W: Dębiec B, Magdzik W, red. *Szczepienia ochronne*. Wyd. 2. Warszawa: PZWL; 1991: 76–81.
 - Weinstein L, Swartz MN. Pathogenic properties of invading microorganisms. In: Sodeman WA jun, Sodeman WA, editors. *Pathologic physiology: mechanisms of disease*. Philadelphia: WB Saunders; 1974: 457–472.
- h) dysertacja
 - Borkowski MM. *Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans* [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.
 - Scorer R. *Attitudes to dynamic psychotherapy and its supervision among consultant psychiatrists in Wales* [dissertation]. London: Univ. of London; 1985.
- i) materiały konferencyjne – zbiór prac pod redakcją...
 - Harnden P, Joffe JK, Jones WG, editors. *Germ cell tumours V*. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13–15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.
- j) praca w materiałach konferencyjnych/zjazdowych
 - Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, et al., editors. *Genetic programming*. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3–5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002: 182–191.

7. Manuskrypt publikacji zgłaszanej do druku, wraz ze skanem podpisanego formularza zgłoszeniowego pracy, należy przesłać na adres: fmprcr@familymedreview.org. Pliki powinny być przygotowane w programie MS Word – format „doc” lub „docx”. Tekst powinien być pisany czcionką Times New Roman 12 pkt, z podwójną interlinią, wyrównaniem do lewej strony, marginesami o szerokości 2,5 cm, bez podziałów słów na końcu wiersza. Strony należy numerować w prawym górnym rogu. Tytuły rubryk w tabelach, poza pierwszą literą, należy pisać małymi literami. **Objętość pracy wraz z literaturą cytowaną oraz podaniem na końcu artykułu adresu do korespondencji, telefonu, adresu e-mail nie może przekraczać dla prac poglądowych – 24 500 znaków, dla prac oryginalnych, sprawozdań i innych materiałów – 14 500 znaków.**

8. Ryciny, fotografie, wykresy należy umieścić w tekście publikacji i **dotatkowo** przesłać w oddzielnych plikach, poza tekstem. Materiał ilustracyjny powinien być przygotowany w wysokiej rozdzielczości: zdjęcia – w formacie „jpg”, grafika wektorowa – pliki Adobe Illustrator, wykresy i diagramy – pliki MS Excel.

§ 6. Postanowienia końcowe

1. Autorzy otrzymują bezpłatnie jeden egzemplarz czasopisma z wydrukowanym artykułem, nie otrzymują natomiast honorariów autorskich.

2. Internet. Redakcja FAMILY MEDICINE & PRIMARY CARE REVIEW uruchomiła własną stronę internetową. Na stronie tej Redakcja zamieszcza streszczenia drukowanych prac oraz istotne wiadomości o kwartalniku. Są tam także zamieszczone elektroniczne wersje Regulaminu i niezbędnych formularzy, szablony dla autorów (w formacie MS Word) przedstawiający wymagany układ pracy oraz informacje dla ogłoszeniodawców. Adresy: <http://www.familymedreview.org>

3. Opłata za druk artykułu, którego pierwszy Autor nie jest członkiem PTMR wynosi 800 zł + VAT.

4. Adres nadsyłania prac:

**Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej z Oddziałem Klinicznym Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych
Warszawski Uniwersytet Medyczny
ul. Banacha 1a, blok F
02-097 Warszawa
Tel.: 22 599-21-90, fax: 22 599-21-78
E-mail: malgorzata.brandt@wum.edu.pl**

Instruction for Authors submitting papers to the quarterly Family Medicine & Primary Care Review

§ 1. General provisions

1. The quarterly journal **FAMILY MEDICINE & PRIMARY CARE REVIEW** is a peer-reviewed scientific journal, open to research workers in family medicine, primary care, and related fields, academic teachers, general practitioners/family doctors, and other primary health care professionals, as well as physicians-in-training, residents and medical students. The journal is also addressed to those who carry out experimental and epidemiological research in other disciplines.

2. The quarterly journal is the body of the Polish Society of Family Medicine, published in cooperation with the Association of Friends of Family Medicine and Family Physicians. Its substantive value has been appreciated by the family doctors, the Ministry of Health, National Centre of Postgraduate Education, and the national consultant in the field of family medicine - the journal is on the reading list for the specialization exam in family medicine.

3. Our **mission** is to lay foundations for cooperation and an exchange of ideas, information and experience in family medicine/primary care that could involve all Central and Eastern Europe. This region lacks a journal of the kind. We also desire to be included in reputed international databases of biomedical periodicals, such as Index Medicus, PubMed/MEDLINE or Current Contents. Currently, we are indexed by Elsevier Bibliographic Databases: EMBASE, EMNursing, Compendex, GEOBASE, Mosby Yearbooks, Scopus and in Index Copernicus (6.17 points) and the Polish Ministry of Science and Higher Education (5 points).

§ 2. Manuscript submission guidelines

1. The Editorial Board accepts **manuscripts written in** Polish or **English** (preferably *UK English*). They may be considered for publication in the following sections of the quarterly:

- **Editorials;**
- **Reviews;**
- **Original papers** – including experimental research;
- **Case reports/studies – only until 2012;**
- **Under-/postgraduate education or Continuing medical education (CME);**
- **Reports** – on conferences, congresses, fellowships, scholarships, etc.;
- **Letters to the Editor;**
- **Book/literature reviews;**
- **Announcements;**
- **Miscellaneous.**

2. **The priority will be given to** original papers and/or articles written in English by foreign authors. The submitted manuscripts should meet the general **standards and requirements** agreed upon by the International Committee of Medical Journal Editors, known as *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication* (see Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals [editorial]. *N Engl J Med* 1997; 336:309-915; an updated version from October 2004 is available online: <http://www.icmje.org/icmje.pdf>). They should also conform to the high quality editorial procedures and practice (formulated by the Index Copernicus International Scientific Committee as *Consensus Statement on Good Editorial Practice 2004*).

3. **Submitted manuscripts are sent to two independent experts** for scientific evaluation. The authors will receive the reviews within several weeks after submission of the manuscript. The reviewers, whose names are undisclosed to the author, may qualify the paper for:

- immediate publication,
- returning to authors with suggestions for modification and improvement, and then publishing without repeated review,
- returning to authors for rewriting (according to the reviewer's instructions or requests), and then for publishing after a repeated review,
- rejection as unsuitable for publication.

The Editorial Board reserves a right to adjust the format of the article or to shorten the text, if necessary.

4. **The manuscripts requiring modification** and improvement or rewriting will be returned to the authors. Proofs of these papers will be sent to them for proofreading. Corrections other than printer's errors, however, should be avoided. Proofs should be returned to the Editor within 7 days. The authors of the **accepted papers** will be notified in writing.

§ 3. Copyright transfer

Upon acceptance a paper to print, authors transfer copyright to the **FAMILY MEDICINE & PRIMARY CARE REVIEW**, and all published manuscripts become the permanent property of the Publisher. Thus no part of these documents may be reproduced or transmitted in any form or by any means, for any purpose, without the express written permission of the Publisher.

§ 4. Ethical issues

1. Authors are obliged to respect patients' confidentiality. Do not publish patients' names, initials, or hospital numbers. Written permission to use patients' pictures and their informed consent must accompany such materials. In reports on the experiments on human subjects, it should be clearly indicated whether the procedures followed were in accordance with the Declaration of Helsinki (see World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA* 2000; 284(23): 3043-3045). The investigator's Institutional Review Board or a local ethical committee should have approved the protocols for both human and animal studies. Information on this approval should be provided in the "Material and methods" section of the manuscript.

2. The author is obliged to prove (in References section) that he knows the achievements of the journal, which he had submitted his manuscript to.

3. Authorship criteria. The exact contribution of each co-author should be clearly defined. Authorship credit should be based only on substantial contributions to: **A** – Study Design, **B** – Data Collection, **C** – Statistical Analysis, **D** – Data Interpretation, **E** – Manuscript Preparation, **F** – Literature Search, **G** – Funds Collection. No one should be listed as a co-author who has not made a significant contribution to the work.

4. Sources of financial support and conflict of interests. The authors should give the name of the supporting institution and grant number, if applicable. They should also disclose any relationships (especially financial arrangements) they may have with the sponsor, other subject, institution, commercial company, or a product-under-study that could be construed as causing a conflict of interest with regard to the manuscript under review.

5. Disclaimer. The Publisher and the Editorial Board assume no responsibility for opinions or statements expressed in advertisements. The opinions expressed in by-lined articles are those of the author(s) and do not necessarily reflect those of the Publisher.

§ 5. Manuscript Preparation

1. Each submitted manuscript must be accompanied by a covering letter signed by all authors confirming that (1) they consent to publication, and (2) the paper has not been published before in any form, and is not under consideration/accepted for publication elsewhere. The “Paper submission form” (reproduced in the journal or available on its website), containing a checklist of all conditions to be fulfilled, dated and signed by the first author should also be included.

2. The title page should contain: (1) the full title of the paper; (2) the names of all authors; (3) the department(s) and institution(s) where the work was done; (4) the institutional affiliation of each author, if any; (5) the exact contribution of each co-author; (6) the full name and address (including telephone, fax and e-mail) of the corresponding author; (7) sources of financial support. The **paper** (original paper) should carry a structured abstract (see below), 3–6 key words (from the *Medical Subject Headings* [MeSH] catalogue of the *Index Medicus*), and the main text structured in the conventional style (Introduction, Objectives, Material and methods, Results, Discussion, Conclusions, References). In case of the Reports, Letters to the Editor, Book/literature reviews, and Miscellaneous papers, some departures from these rules are acceptable (e.g. Summary is not necessary). The manuscript should provide a full, current address and phone number (private or workplace), or e-mail of the first author, to whom the correspondence can be directed to.

3. It should be established the role and the participation of every co-author in preparing the manuscript (next to each name write the corresponding letters) according to the above mentioned key – see § 4, p. 3.

4. A structured abstract (Summary) of no more than 250 words (2200 characters) should follow the main text structure (excepting Discussion), and include five headings: Background, Objectives, Material and methods, Results, and Conclusions.

5. Units and abbreviations. All measurements should be reported in the metric system in terms of the International System of Units (SI). Use only standard abbreviations and symbols. The term should be written in full when it appears in the text for the first time, followed by the abbreviation in parentheses; only abbreviation is used in the text thereafter.

6. References

1) References should be indicated in the text by Arabic numerals in square brackets (e.g. [1], [6,13]), numbered consecutively, including references first cited in tables or figure legends. Only the most essential publications should be cited. However, their number should not exceed 20 (for original papers) or 40 (for review articles). It is recommended to use evidence-based sources of medical information. Unpublished observations or personal communications cannot be used. Avoid using abstracts as references.

2) The list of references should appear at the end of the text in numerical order. Titles of journals should be abbreviated according to the format used in *Index Medicus*, and written in italics, without punctuation marks. The style of referencing that should be strictly followed is the *Vancouver System of Bibliographic Referencing*. Please note the examples for format and punctuation:

- a) Journal article (list all authors; if more than 6 authors, list the first three, followed by *et al.*)
 - Stroup DF, Berlin JA, Morton S.C., et al. Meta-analysis of observational studies in epidemiology: a proposal for reporting. *JAMA* 2000; 283: 2008–2012.
- b) No author
 - Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84:15.
 - 21st century heart solution may have a sting in the tail. *BMJ* 2002; 325(7357): 184.
 - Diabetes Prevention Program Research Group. Hypertension, insulin, and proinsulin in participants with impaired glucose tolerance. *Hypertension* 2002; 40(5): 679–686.
- c) Electronic journal/WWW page
 - Thomas S. A comparative study of the properties of twelve hydrocolloid dressings. *World Wide Wounds* [serial online] 1997 Jul [cited 3.07.1998]. Available from URL: <http://www.smtl.co.uk/World-Wide-Wounds/>
- d) Books/Monographs/Dissertations
 - Milner AD, Hull D. *Hospital paediatrics*. 3rd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1997.
 - Norman IJ, Redfern SJ, editors. *Mental health care for elderly people*. New York: Churchill Livingstone; 1996.
 - NHS Management Executive. *Purchasing intelligence*. London: NHS Management Executive; 1991.
 - Borkowski MM. *Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans* [dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.
- e) Chapter within a book
 - Weinstein L, Swartz MN. Pathogenic properties of invading microorganisms. In: Sodeman WA jun, Sodeman WA, editors. *Pathologic physiology: mechanisms of disease*. Philadelphia: WB Saunders, 1974: 457–472.

- f) Conference proceedings
- Harnden P, Joffe JK, Jones WG, editors. *Germ cell tumours V*. Proceedings of the 5th Germ Cell Tumour Conference; 2001 Sep 13–15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.
 - Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. *Genetic programming*. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3–5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002: 182–191.

7. Authors are requested to **submit a copy of their manuscript** at fmPCR@familymedreview.org. Files should be prepared in MS Word - format "doc" or "docx". The manuscript should be typed on a white paper of the ISO A4 size, one-sided, using double-spacing and standard Times New Roman fonts, 12-point typeface. Do not use bold, capitalized text, etc. Margins: 2.5 cm at top, bottom, right, and left. Page numbers should be placed in the upper right-hand corner. Titles headings in tables, except for the first letter, should be written in lower case. **The length of the manuscript (along with the references, mailing address, phone, e-mail address) should not exceed 24,500 characters for reviews, 14,500 characters for original papers, case reports and other materials.**

8. Illustrations. Drawings, photographs, charts should be included into the text and should be sent separately in separate files. Illustrative material should be prepared in high-resolution images: pictures "*.jpg", vector graphics Adobe Illustrator files, charts and diagrams MS Excel files.

§ 6. Final provisions

1. Offprints. Each author will receive one copy of the issue free of charge; however, the authors are not paid any remuneration/royalties.

2. The Internet. The Editorial Board of the quarterly FAMILY MEDICINE & PRIMARY CARE REVIEW has developed the journal's website: <http://www.familymedreview.org>.

3. Payment for publishing a paper whose first Author is not a member of PTMR is PLN 800 + VAT.

4. Address for correspondence:

Redakcja Kwartalnika/Editor

FAMILY MEDICINE & PRIMARY CARE REVIEW

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej z Oddziałem Klinicznym Chorób Wewnętrznych i Metabolicznych

Warszawski Uniwersytet Medyczny

ul. Banacha 1a, blok F

02-097 Warszawa

Tel.: +48 22 599-21-90, fax: +48 22 599-21-78

E-mail: malgorzata.brandt@wum.edu.pl